Rok XLIV. Kraków 7 Października 1905. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni i kliniki dermatologicznej w Krakowie (Prof. Dr. Reiss).

Przyczynek do roli paciorkowca w wywoływaniu zmian w skórze.

Napisał

Dr. Franciszek Krzyształowicz,

pryw. docent dermatologii w Uniw. Jagiell.

Wiadomości bakteryologiczne w chorobach skórnych zakaźnych zwiększają się powolnie, ale trwale. Przyczyną tej powolności jest przedewszystkiem wielka trudność, — większa niż w innych chorobach ustroju, — ocenienia, czy znaleziony mikrob jest swoisty dla tej sprawy chorobowej, w której go spostrzeżono. A o swoistości przekonywamy się dopiero wtedy napewno, jeżeli przeszczepiony drobnoustrój wywoła takie same zmiany, jak te, z których go wyhodowano. Tymczasem w chorobach skórnych odpadają w wielu przypadkach doświadczenia na skórze zwierząt, a przeszczepienia robićby trzeba na skórze ludzkiej, — co naraża niejednokrotnie na poważne niebezpieczeństwo, szczególnie wtedy, gdy mikrob jest zdolny do wywołania zakażenia ogólnego.

Drugą bardzo ważną przeszkodą w ocenieniu roli mikrobów, to różność zmian, którą jeden mikrob wywołać może. Skóra jest narządem o budowie dość powikłanej, podzielonym na części, przeznaczone do pewnych odrębnych czynności ustroju. Czynnik to nader ważny, bo obecnie już wiemy, że tak, jak w innych narządach ustroju, tak i w skórze jeden i ten sam mikrob wywołać może różne zmiany, zależnie od tego, gdzie nastąpiło zakażenie, gdzie mikrob obrał siedzibę dla swego rozwoju. Jako dobitny przykład możnaby wziąć gronkowca złotego (*staphylococcus aureus*), który wywołuje zawsze, gdziekolwiek osiędzie, ropienie, — w skórze zatem widzi się także pod jego wpływem powstawanie wysięku ropnego, ale postać zmiany będzie różna, zależnie od tego, czy mikrob rozwija się w samej skórze, czy w naskórku, czy w torebce włosowej i t. p.

Obecnie przyjęto już prawie powszechnie, że gronkowce odgrywają pewną rolę w grupie wyprysku (*eczema*), że wpływają na postać i wejrzenie różnych spraw chorobowych, do tej grupy należących. Mimo jednak tę świadomość, nie umiemy jeszcze dokładnie ocenić, czy wpływ mikroba, tak rozpowszechnionego w naszem otoczeniu, jak gronkowiec, jest pierwotnym, czy należy on do sprawy chorobowej, czy też wikła sprawy już istniejące i zmienia ich postać. Sprawę tę pierwszorzędnej wagi poruszył Unna[1]), który wskazał pierwszy w zmianach wypryskowych na obecność ziarenkowców, morwowato ułożonych (*morococcus*). Badania te pobudziły cały szereg autorów, którzy na mocy doświadczeń i badań przypisują gronkowcom różne znaczenie, między innymi zajmowali się tą sprawą: Scholtz i Raab[2]) (w klinice prof. Neissera), Kreibich[3]) (klinika Kaposiego), Jadassohn[4]), Galloway[5]), Brocq[6]), Morgan-Dockrell[7]), Kromayer[8]), Leredde[9]), Gastou[10]), Sabourand[11]), Bockhart[12]).

Zupełnie podobnie i rola paciorkowca (*streptococcus*) w skórze nie jest jeszcze dokładnie określona. Pomijając sprawę różnych odmian tego mikroba, dotąd nierozstrzygniętą[13]), pomijając zagadnienie, czy paciorkowiec róży jest takim samym, jak paciorkowiec, znajdowany w liszaju zwyczajnym (*impetigo contagiosa*) lub innych zmianach skóry, stwierdzić trzeba, że istnieją sprawy chorobowe pęcherzykowe w skórze (*dermatoses bullosae*), które bezsprzecznie powstają na tle zakażenia paciorkowcem. Do takich należy przedewszystkiem liszajec zwyczajny (*impetigo vulgaris v. contagiosa*). Praca Sabouranda[14]) w tym przedmiocie dała wyczerpujące wyjaśnienie, nie wszyscy jednak autorowie zgadzają się na to, że liszajec ten polega na zakażeniu paciorkowcem (*streptogenes*). Rola gronkowców zdaje się być w tym razie drugorzędną, do zakażenia przez nie bowiem odnieść należy następowy napływ ciałek ropnych do pęcherzy surowiczych. Unna[15]) uważa ten rodzaj liszajca za następstwo zakażenia swoistymi ziarenkowcami, Matzenauer[16]) w ostatniej swej pracy stwierdza, że prawie wszyscy autorowie niemieccy uważają gronkowca złotego (*staphyloccus aureus*) za przyczynę tej sprawy chorobowej. Ten autor uważa liszajec zwyczajny za tę samą sprawę, co pęcherzyca ostra noworodków (*pemphigus acutus neonatorum*), tem samem i w tej drugiej sprawie gronkowce za przyczyną choroby. Na pierwszą część twierdzenia zgodzić się należy w zupełności; pęcherzyca zakaźna noworodków, zdarzająca się tak często u dzieci matek, które przebywały zakażenie połogowe,

---

[1]) Monatsh. f. pr. Dermat. 1892, 14, 1899, 29, 1900, 31. — Histopathologie d. Haut.

[2]) Annal. d. derm. et syph. 1900, str. 409.
[3]) Annal d. dermat. et syph. 1900, str. 569.
[4]) IV zjazd międzynarod. w Paryżu 1900.
[5]) The Brit. Journ. of Derm. 1900.
[6]) Annal. d. derm. et syph. 1900.
[7]) IV zjazd międzynarod. w Paryżu 1900.
[8]) Arch. f. Derm. u. Syph. 1900.
[9]) L'eczéma, maladie parasitaire 1898.
[10]) La France médicale 1900.
[11]) IV zjazd międzynarodowy w Paryżu 1900.
[12]) Monatsh. f. prakt. Dermat. 1901. T. 33.
[13]) Besredka. Bull. de l'Instit. Pasteur. 1904.
[14]) Annal. d. derm. et syph. 1900.
[15]) Monatsh. f. prakt. Derm. 1899.
[16]) Art. Impetigo contag. w podręczniku Mraćka.

nie jest inną sprawą, jak liszajec zwyczajny, dlatego słusznie nazywa ją Leredde[17]) liszajcem pęcherzykowym (*l'impétigo pemphigoïde*). Idąc jednak za zapatrywaniem Sabouranda o udziale paciorkowców w liszajcu zwyczajnym, co stwierdziłem niejednokrotnie badaniem histologicznem i bakteryologicznem, przyjmuję również taką samą rolę tego mikroba w pęcherzycy. Przekonały mnie także o słuszności tego twierdzenia badania, wykonane przezemnie w przypadkach nagminnej pęcherzycy.

Również niesztowice (*ecthyma*) uważa się już obecnie za sprawę chorobową pokrewną lub tę samą, co liszajec zwyczajny. A również przypadki liszajców drugorzędnych, powstających czy to na zmianach toczniа (*lupus vulgaris*), czy kiły (*papulae impetiginosae*) lub t. p. odnosi się już obecnie do zakażenia takiego, jak w liszajcu zwyczajnym. W końcu zaś udowodniono, że paciorkowce mogą wywoływać powstawanie dużych pęcherzy[18]), dających obraz kliniczny pęcherzycy i powstawanie rumieni, jak to między innymi wykazuje przypadek Bernarda[19]), mój[20]) i Ferrettiego[21]) (pęcherzyca w przebiegu wysypki kiłowej).

Przypadki te dowodzą tego, o czem wspomniałem powyżej: że jeden i ten sam mikrob może wywołać różne postaciowo zmiany, zależnie od tego, gdzie nastąpiło zakażenie. Liszajec zwyczajny w swej typowej postaci żółtych miodowych strupów rozwija się na twarzy przeważnie u dzieci, gdzie powstaje zakażenie powierzchownych warstw naskórka, a tem samem powierzchowne pęcherzyki, łatwo pękające. To samo zakażenie wywoła u całego szeregu noworodków chorobę zakaźną nagminną w postaci pęcherzycy (*pemphigus neonator.*), lub podobną postać chorobową u starszych. W tych przypadkach zakażenie samej skóry następuje prawdopodobnie od zewnątrz, albo, jak to bywa u dzieci słabszych, nierzadko zołzowych, z błony śluzowej nosa.

Są jednak przypadki, w których zakażenie wkroczyło głębiej w skórę, a zarazek dostawszy się do dróg chłonnych, czy krwionośnych, przechodzi niemi następnie od wewnątrz na zewnątrz w skórę i powoduje w niej różnorakie postacie zmian, a zatem obok pęcherzy głębszych, rumienie (*erythema*) płaskie lub guzowate, nierzadko pokryte na powierzchni drobnymi pęcherzykami. Ta różność zmian, występująca tak wybitnie w rumieniu wysiękowym (*erythema exsudativ. multiforme*), — który niewątpliwie jest przyrody zakaźnej, — jest bardzo znamienną dla podobnych zmian zakaźnych.

Jeżeli dodamy do powyższych postaci obraz niesztowic (*ecthyma*), powstających w pewnych warunkach z liszajca zwyczajnego (Sabourand), obraz róży i różycy (*erysipeloide*), to będzie to mniej więcej cały zbiór objawów postaciowych, powstających na tle zakażenia paciorkowcem.

Wspomniałem już jednak, że nie wszyscy autorowie godzą się na to, iż paciorkowiec może wywołać te wszystkie zmiany, chociaż przyjmują zakaźność tych zmian. Z drugiej strony postacie te, szczególnie pęcherzykowe, mogą być tak różne, że nierzadko dopiero badanie histologiczne i bakteryologiczne wskazuje na pewno na ich pochodzenie. Sądzę zatem, że dla potwierdzenia powyższych zapatrywań korzystnem będzie przytoczyć i opisać dwa przypadki, spostrzegane przezemnie w klinice dermatologicznej krakowskiej Prof. Reissa, któremu za odstąpienie materyału serdeczne składam podziękowanie. Przypadki te, jak to wskażę w dalszym ciągu, odstępowały wyraźnie od zwyczajnego typu i z tego względu zasługują na uwagę.

I. Franciszek Z., liczący lat 18, nie był dotąd chory. Na tydzień przed przyjęciem do kliniki (25/5 1905) wytworzył się u niego po skaleczeniu drobny ropień przy nasadzie dużego palca prawej ręki. W trzy dni potem doznał chory dreszczów i objawów gorączki, przyczem zauważył ból w całej kończynie górnej prawej, rozpromieniający się aż szyi. Wśród bólów i uczucia pieczenia powstała najpierw na ramieniu, później i na przedramieniu wysypka pęcherzykowa.

Na palcu dużym prawej ręki można spostrzedz jeszcze ograniczony, zaczerwieniony obrzęk, pokryty strupem, z pod którego wycisnąć można nieco ropy. Na skórze szyi po stronie prawej, ramienia i przedramienia prawego widać gromadki i szeregi pęcherzyków. Gromadki te są różnej wielkości, licząc po kilka do kilkanaście pęcherzyków drobnych, bo od wielkości główki od szpilki do wielkości soczewicy dochodzących. Tu i owdzie widać nie gromadkę, ale raczej szereg pęcherzyków, ułożonych w linii wężykowatej, rzadko zaś tylko pojedyncze pęcherzyki.

Pęcherzyki te zawierają ciecz jasną, wodnistą, wyjątkowo tylko trochę zmętniałą. Skóra, na której powstały opisane pęcherzyki, jest w jednych miejscach blada, jak skóra prawidłowa, w innych nieco zaczerwieniona i obrzękła. W przeważnej części pęcherzyki zajmują wewnętrzną stronę przedramienia i ramienia, bark i szyję w okolicy nadobojczykowej prawej.

Już następnego dnia po przyjęciu chorego do kliniki, ciecz jasna niektórych pęcherzyków, szczególnie większych, mętniała i z każdym dniem liczba tak zmienionych pęcherzyków wzrastała. Niektóre z nich jednak zasychały w stanie niezmienionym, inne wyjątkowo tylko pękały, a ciecz wylana krzepła w strup.

Prócz tych zmian znajdują się w około warg ustnych po stronie prawej dwa żółte drobne strupki. Gruczoły chłonne pachowe i szyjne (powyżej obojczyka) strony prawej są nieco powiększone.

Całość obrazu w tym przypadku przypominała obraz rozległego półpaśca (*herpes zoster*) całej kończyny — zwłaszcza, że do wejrzenia przedmiotowego dołączały się i objawy podmiotowe, jak ból i pieczenie, znamienne dla półpaśca. A nadto i wejrzenie samych pęcherzyków czyniło obraz podobnym do tej sprawy chorobowej, bo ściany ich były stosunkowo dość grube, niezapadające się i niepękające, jak to bywa w liszaju zwyczajnym.

Już jednak badanie mikroskopowe surowiczej treści pęcherzyków wykryło obecność ziarenkowców klepsydrowatych, ułożonych w krótkie łańcuszki po 3—5 ziarn. Hodowle w pipetach, napełnionych mieszaniną surowicy płynnej z bulionem (wedle Sabouranda) potwierdziły powyższy szczegół, dowodzący, że mamy przed sobą zakażenie paciorkowcami (*dermatitis bullosa streptogenes*). Płyn hodowli, przeszczepiony na pożywkę stałą (agar z surowicą) dał hodowle, znamienne dla paciorkowca.

Budowę pęcherzyków, ich makroskopowe wejrzenie, wyjaśniło badanie histologiczne wyciętych ze skóry pęcherzyków. Badanie to wykazało, że jama pęcherzyków leżała w naskórku, w górnej jego części, ale nie tak powierzchownie, jak to najczęściej bywa w liszajcu zwyczajnym. Górną ścianę pęcherzyka tworzyły bowiem nie tylko wszystkie warstwy naskórka zrogowaciałego, ale i przyczepione do niego pojedyncze komórki kolczaste górnych warstw. Całość zatem sprawiała wrażenie, że wysięk surowiczy, dostający się nagle w naskórek, oderwał od sieci Malpighiego część komórek górnych warstw wraz z naskórkiem zrogowaciałym.

[17]) Revue prat. d. mal. cut., syph. et vener. 1903.
[18]) Sabourand. Zjazd lek. angiels. w Cheltenham. 1901.
[19]) Annal. d. derm. et syph. 1899.
[20]) Przegl. lek. 1902 i Revue prat. d. mal. cut. syph. et vener. 1904 III.
[21]) Clinica dermosif. Roma 1904, 3.

Dlatego obok przyczepionych jeszcze komórek sieci widać było w jamie pęcherzyka komórki, wyciągnięte we włókna, inne, leżące wolno w skrzepłej cieczy, a na dnie komórki kolczaste obrzękłe. Jama pęcherzyka była wypełniona przeważnie cieczą surowiczą i licznemi nitkami włóknika obok skąpych tylko ciałek wysiękowych. Zaledwo tylko w kilku skrawkach spostrzegałem mikroby w postaci krótkich łańcuszków, leżących wzdłuż nitek skrzepłego włóknika.

Tak zatem badanie drobnowidowe treści pęcherzyków, jak i badanie jej bakteryologiczne, mimo wejrzenia klinicznego, podobnego do zmian półpaśca, przekonywałoby, że było to zapalenie pęcherzykowe skóry, wywołane zakażeniem paciorkowcami. A w tym przypadku należałoby tylko rozstrzygnąć, czy zmiany te wywołało zakażenie, powstałe od zewnątrz, czy też zarazek, wtargnąwszy w głąb tkanek, dopiero następowo dostał się w skórę i był przyczyną powyższej zmiany. Rana, powstała na palcu, wyprzedzająca powstanie ropnia, była najprawdopodobniej przyczyną ogólnego zakażenia, o czem świadczyłoby podniesienie ciepłoty i opisane objawy ogólne. Dopiero następowo wywołał zarazek w skórze kończyny górnej, jako najbliższej furcie, przez którą nastąpiło zakażenie ustroju — zmiany, wspomniane powyżej, w których wykazano i drobnowidowo i bakteryologicznie swoiste dla takich zmian mikroby. W przypadku niniejszym zatem prawie na pewno można twierdzić, że miejscem wejścia zarazka była rana, powstała pod wpływem urazu na palcu, a stąd dopiero drogą naczyń chłonnych, czy krwionośnych, dostał się zarazek do skóry całej kończyny górnej.

II. Waleryan Ł., lat 26, z rodziny zdrowej i sam nigdy nie chorował. Choroba zaczęła się przed 4 miesiącami nieznacznym „pryszczykiem“ na grzbiecie stopy lewej. Po rozdrapaniu początkowej zmiany powstało drobne owrzodzenie, które rozszerzało się, pokrywając się grubym strupem. Prawie równocześnie zaczęły rozwijać się podobne przeczosy sączące i pokrywające się strupem na skórze goleni prawej, tułowia i na kończynach górnych.

Przy przyjęciu chorego do kliniki (15/II 1905) stwierdzono dobre odżywienie chorego, brak zmian w narządach wewnętrznych, brak nieprawidłowych składników w moczu i następujące zmiany w powłokach skórnych. Na ramieniu i przedramieniu prawem, na plecach, klatce piersiowej i pośladkach znajdują się miejsca, pokryte grubymi strupami, barwy żółto-brunatnej, kształtu okrągłego lub obrączkowatego, wielkości różnej, od korony srebrnej do wielkości pięciokoronówki. Po odjęciu strupa widać albo powierzchnię skóry żywo zaczerwienioną i sączącą, albo obnażoną z naskórka i lekko krwawiącą, albo, co najczęściej, ubytek powierzchowny pod strupem, pokryty ropą lub włóknikowym wysiękiem. Brzegi ubytku są w tym razie nieco wyniosłe i zaczerwienione. Na brzegu niektórych zmian spostrzega się podniesienie naskórka, wypełnione cieczą jasną lub lekko zmętniałą.

Badanie wydzieliny tych powierzchni, obnażonych z naskórka, wykryło obecność paciorkowców obok dość licznych gromadek gronkowca złotego. Do badania brano i ciecz z miejsc sączących i wysięk z pęcherza, powstającego na brzegu zmian i badano nie tylko drobnowidowo, ale i w hodowlach, podobnie, jak w poprzednim przypadku.

Na mocy tego obrazu klinicznego i stwierdzenia mikrobów drogą bakteryologiczną rozpoznano niesztowice mnogie (*ecthymata multiplicia*), rozwinięte prawdopodobnie na tle zakażenia paciorkowcem ze zmiany, powstałej początkowo na stopie.

Badanie histologiczne kawałka skóry, wyciętego z brzegu zmiany, pokrytej pęcherzem, a w części strupem, stwierdziło obraz niesztowic, a w jamie pęcherza ciecz w części surowiczą, w części ropną. Z mikrobów znaleźć można było w niektórych skrawkach skąpe łańcuszki paciorkowca (*streptococcus*) obok dość licznych ziarn gronkowca (*staphylococcus*), leżących w górnych częściach pęcherza.

Nie ulegało zatem wątpliwości, że w tym przypadku niesztowice skóry powstały na tle zakażenia paciorkowcem, do którego dołączyło się, jak zazwyczaj w tych przypadkach, zakażenie gronkowcem złotym. Przypuszczać jednak można w tym przypadku, że najprawdopodobniej zakażenie powstało na drodze zewnętrznej, a nie wewnętrznej, jak w poprzednim przypadku.

Badanie podobnych przypadków nie tylko kliniczne, ale ściśle drobnowidowe i bakteryologiczne pozwoli prawdopodobnie wkrótce wytworzyć całość obrazu zmian, wywołanych tem zakażeniem.

II. Z zakładu bakteryologii i higieny Prof. Dra Bądzyńskiego i z zakładu medycyny sądowej Prof. Dra Sieradzkiego c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

O tak zwanych zatruciach mięsnych z uwzględnieniem epidemii zatrucia we Lwowie w r. 1904.

Podał

Dr. Ferdynand Stankiewicz,

asystent zakł. med. sądow.

(Dokończenie).

Gdy zdolność tych prątków do zakażenia po tych doświadczeniach nie ulegała wątpliwości, przedsięwzięto nowy szereg doświadczeń w celu wykazania, czy bakterye te wytwarzają jady (toksyny), a skoro wyniki badań — jak to wykaże poniżej ich opis — pytanie to potwierdziły, także próby nad wytrzymałością tych jadów przy ogrzewaniu w roztworach. W tym celu albo przesączano hodowle przez filtr Chamberlaina, a przesącz wstrzykiwano zwierzętom, lub też ogrzewano hodowle przez godzinę w ciepł. 70° C i wstrzykiwano je wraz z zabitymi drobnoustrojami. Tak w pierwszym, jak i w drugim razie, tak przed doświadczeniem, jak i w razie sekcyi zwierząt, zakładano hodowle dla upewnienia się o jałowości materyału. Z doświadczeń tych przytoczę następujące:

1) 10/XII. Dwom myszom białym wstrzyknięto podskórnie po 1 cm³ 48-godzinnej hodowli bulionowej, przez godzinę poprzednio w ciepł. 68° C ogrzewanej: zginęły obie, jedna 11/XII wieczorem, druga 13/XII w nocy. Za życia nie było znamiennych objawów, przy sekcyi również zmian nie było.

2) 12/XII. Dwie świnki morskie, około 300 gr. ważące otrzymały po 2·5 cm³ 48-godzinnej hodowli bulionowej przesączonej, a to jedna podskórnie, druga do jamy brzusznej. Pierwsza zginęła 17/XII, druga 21/XII. U tej drugiej spostrzeżono na trzy dni przed zgonem powłóczenie tylnemi kończynami, porażenie pęcherza, gdyż mocz odchodził ustawicznie kroplami i porażenie odbytu, który był stale powalany płynnym kałem. W tym przypadku stwierdzono napewno objawy porażne (w dwóch innych przypadkach objawy były niewyraźne i niepewne), gdyż n. p. po szczypaniu nie następowały w kończynach tylnych żadne odruchy; można je było wsadzać do wrzącej wody lub przypalać płomieniem gazowym (przy sekcyi nie badano kręgosłupa i rdzenia).

3) Dwie myszy szare, ważące po 20 gr., otrzymały podskórnie po 2 cm. przesączonej 7-dniowej hodowli bulionowej, a to jedna z nich po ogrzaniu tej hodowli przez pięć minut we wrzącej wodzie. Obie zginęły w nocy z 5-go na 6/I, to jest po trzech dniach.

4) Z dwu świnek wstrzyknięto jednej 1·5, drugiej 1·2 cm³ podskórnie 3-tygodniowej hodowli bulionowej, po poprzedniem ogrzaniu przez godzinę w 70° C, a następnie przez 5 minut we wrzącej wodzie. Pierwsza zginęła po 4 dniach, druga po tygodniu. Przy sekcyi stwierdzono u obu jedynie silne przekrwienie narządów klatki piersiowej

i jamy brzusznej, u jednej z nich nadto liczne wybroczyny pod opłucną; zresztą wynik sekcyi tak w tych przypadkach, jak i w innych, w których posługiwano się hodowlami zabitemi, bywał zazwyczaj ujemny.

5) Z tej samej hodowli po ogrzaniu przez godzinę do 70° C, a następnie przez 15 minut do 100° C, wstrzyknięto śwince do żyły udowej około 0·2 cm³; zginęła po kilku godzinach w nocy.

6) Taka sama ilość tej samej hodowli, wstrzyknięta do otrzewnej śwince, mniej więcej tej samej wagi, co poprzednia, nie wywołała prócz kilkodniowej choroby żadnych gorszych następstw.

7) Królikowi wstrzyknięto pod skórę 3·5 cm³ trzytygodniowej bulionowej hodowli, przesączonej i ogrzanej przez 5 minut we wrzącej wodzie. I w tym przypadku prócz ciężkich, tydzień przeszło trwających objawów chorobowych, śmierć nie nastąpiła. W tym przypadku powstał jednak niedowład kończyn dolnych, utrzymujący się przez kilka dni, tudzież silna biegunka, obok innych objawów ogólnych.

Z doświadczeń tych wynika niewątpliwie, że drobnoustroje, które wyosobniono ze studzeniny i napotkano w zwłokach, wprowadzone jakiemikolwiek drogami do ustroju zwierząt, jak myszy (szarych i białych), świnek morskich, gołębi i królików, wywoływały u nich objawy chorobowe, a często i śmierć. Ten sam skutek wywoływały również hodowle tych drobnoustrojów, czyto przesączone, czy też ogrzewane poprzednio do 70° C przez godzinę, lub do 100° C przez parę minut. Własności te posiadały tak drobnoustroje ze zwłok, jak i ze studzeniny w jednakim stopniu, wywołując ten sam obraz choroby i takie same zmiany patologiczne; ulegała wahaniom jedynie tylko ilość tych zmian, ich nasilenie i siedziba, a to zależnie w części od ilości wprowadzonych drobnoustrojów lub ich wytworów, w części zaś także i od dróg, jakiemi do ustroju się dostały.

W tym względzie poczyniono następujące spostrzeżenia:

1) Między wprowadzeniem prątków i ich wytworów, a nastaniem pierwszych objawów chorobowych upływał pewien przeciąg czasu pozornego zdrowia; okres ten wylęgania, który trwał kilka lub kilkanaście godzin, czasem kilka lub kilkanaście dni (w jednym przypadku, gdy zadano prątki *per os*), zależał od ilości wprowadzonych drobnoustrojów lub charakteru ich hodowli; najdłuższym był okres ten przy zadaniu *per os* hodowli, zwłaszcza starszej, z płytek żelatynowych, najsilniej działały hodowle bulionowe kilkudniowe, prawdopodobnie skutkiem równoczesnego działania jadów. Bywały jednak przypadki, w których objawy chorobowe następowały natychmiast po zakażeniu.

2) Co się tyczy objawów chorobowych, spostrzeganych za życia zwierząt, to jedne z nich były stałe, jak utrata łaknienia, żywości ruchów, gnuśność i niechęć do zmiany miejsca, zwiększenie się wydzieliny spojówek, osłabienie mięśni, chód chwiejny, wychudnięcie; inne spostrzegano często, jak rozwolnienie, bolesność przy ucisku i wzdęcie brzucha, wreszcie inne spotykano tylko kilka razy, jak niedowłady i porażenia tylnych kończyn, pęcherza i odbytu; ciepłota w pierwszych dniach zazwyczaj była podniesioną, opadała jednak w kilku przypadkach na 1—2 dni przed śmiercią niżej poziomu prawidłowego.

3) Często przy wstrzykiwaniach podskórnych, niekiedy jednak i przy śródotrzewnych powstawał w miejscu wstrzyknięcia naciek ograniczony, który niekiedy w razie powrotu do zdrowia znikał po pewnym czasie bez śladu, często jednak przechodził w rodzaj ropnia z treścią szarawobiałą lub żółtawobiałą, w obwodzie więcej spoistą i twardszą, w samym środku miększą i zserowaciałą; ropień taki nigdy nie przebijał skóry na zewnątrz i nie wylewał się; czasem otwierano go przez nacięcie, często jednak pozostawiano go bez leczenia; nad ropniem nienaciętym raz tylko powstała sucha zgorzel skóry, zazwyczaj ropień trwał bez zmiany do śmierci zwierzęcia lub ulegał wessaniu. Badanie bakteryologiczne nie stwierdziło w tych ropniach żadnych innych drobnoustrojów prócz tych, które wprowadzono zwierzęciu, w dwóch zaś przypadkach hodowle z takich ropni były jałowe.

4) Obraz sekcyjny był również rozmaity, zależnie od przebiegu i sposobu zakażenia. W razie bardzo szybkiego zejścia śmiertelnego nie było zupełnie zmian anatomicznych, któreby gołem okiem stwierdzić się dały; im czas pomiędzy zakażeniem a śmiercią był dłuższy, tem też więcej bywało zmian. Ogólnie możnaby powiedzieć, że po zakażeniu śródotrzewnem występował zazwyczaj na plan pierwszy obraz włóknikowego zapalenia otrzewnej; wstrzyknięcie prątków pod skórę lub zadanie ich *per os* cechowały w następstwie przedewszystkiem objawy w zakresie przewodu pokarmowego, chociaż tego za regułę uważać nie można, czego najlepszym jest dowodem doświadczenie I (świnka I).

Ścisłemi określeniami dawki śmiertelnej tych drobnoustrojów nie rozporządzam wskutek tego, że wkrótce po rozpoczęciu pracy nastąpiła w niej pewna przerwa, przez który to czas czyste hodowle tych prątków nie były przeszczepiane; stopień ich jadowitości dozwala określić tylko opisana wyżej próba wstrzyknięcia soku, wyciśniętego z mięśni zwłok osoby zmarłej z zatrucia, z której to próby można wnosić o wielkiej jadowitości tych prątków, gdyż ilość ich w tym soku, jak tego dowiodły hodowle na płytkach żelatynowych, była bardzo małą i wynosiła około 25 na mniej więcej 2 mgr. cieczy. Lecz i w czystych hodowlach, osłabionych niezawodnie wskutek przechowywania, prątek ten posiadał dość znaczną jadowitość; 0·2—0·5 cm.³ takiej hodowli bulionowej 48-godzin zabijało myszy, 0·5—2 cm.³ świnki morskie, 2·5 do 5 cm.³ króliki. Że jadowitość opisanych prątków w istocie była wielka, świadczy też przebieg epidemii; spożycie bowiem nawet bardzo małej ilości studzeniny wywoływało groźne objawy, liczba przypadków ciężkich stanowiła $1/3$ część wszystkich zasłabnięć, a w przypadku, który zakończył się zgonem, śmierć nastąpiła po spożyciu około 125 gr. studzeniny ($1/4$ część całości około 500 gr., kupionej za 30 hal.).

Najlepszy rozwój tych drobnoustrojów na słabo kwaśnych pożywkach tłómaczy nam dobrze i czyni zrozumiałem szybkie ich rozmnażanie się w mięsie, które po zabiciu zwierzęcia również oddziaływa słabo kwaśno. Jak zaś one szybko i w głąb mięsa wnikają i rozmnażają się, tego dowodzi następujące doświadczenie:

Dwa duże kawałki mięsa o przebiegu włókien równoległym wycięto aseptycznie w kształcie słupów 18×4×5 cm. z większych kawałków mięsa zaraz po zabiciu młodego wołu w rzeźni i umieszczono w jałowych naczyniach. Po stwierdzeniu ich jałowości zakażono oba na jednym końcu, a mianowicie jeden kawałek na górnej powierzchni przez pomazanie zakażoną tymi drobnoustrojami łyżeczką platynową, drugi zaś kawałek również na jednym końcu, ale wewnątrz, przez wbicie igiełki strzykawki do głębokości 2 cm. (na 1 cm. do końca) i wpuszczenie kropelki hodowli bulionowej tych drobnoustrojów. Naczynia z tymi kawałkami mięsa trzymano w 7—9° C. W pierwszym przypadku stwierdzono, że droga, jaką drobnoustroje przebyły w ciągu doby wynosi około 8 cm.; po 48 godz. wolny był jeszcze przeciwległy koniec mięsa, ale już w odległości $1\frac{1}{2}$—2 cm od niego stwierdzono obecność prątków, po upływie zaś 60 godzin całe mięso roiło się od tych bakte-

ryj. Co się tyczy drugiego kawałka, to na górnej powierzchni powyżej miejsca wkłucia wykryto prątki już na drugi dzień, trzeciego były one w połowie długości kawałka, lub nawet dalej; na przeciwległym końcu stwierdzono je dopiero czwartego dnia.

Doświadczenia te dowodzą z jednej strony, jak szybko opisane prątki w mięsie martwem się rozmnażają, z drugiej zaś, że w tym samym czasie przebywają dłuższą drogę przy równoległym układzie włókien mięsnych, niż wówczas, gdy muszą posuwać się prostopadle lub poprzecznie do układu wiązek mięsnych.

W końcu wspomnieć należy o wynikach badań własności aglutynacyjnych.

Surowica, którą się posługiwano, pochodziła z dwu źródeł:

a) surowica z krwi jednej z osób, chorych z zatrucia mięsem, uzyskana w 28 dniu od początku choroby, a raczej od chwili spożycia studzeniny;

b) surowica ze zwierząt, uzyskana przez wstrzykiwanie coraz większych dawek hodowli drobnoustrojów żywych lub zabitych. Nadmienić należy, iż z 3 zwierząt, użytych do tego celu, t. j. 1 królika i 2 świnek, jedna tylko świnka utrzymała się przy życiu aż do czasu, w którym można było użyć jej surowicy do badań.

Aglutynacyę badano tak gołem okiem w wązkich rurkach, jak i drobnowidowo w kropli wiszącej. Doświadczenia wykonano dwa razy, każdym razem w inny sposób, mianowicie raz użyto hodowli agarowych 18 do 20 godzinnych, których jedno uszko (= 2 mgr.) rozczyniano w 0·5 cm.³ fizyologicznego roztworu soli kuchennej, poczem dodawano 0·5 cm.³ odpowiednio rozcieńczonej surowicy, drugim zaś razem używano 12-godzinnych hodowli bulionowych. Za dodatni wynik przy badaniu gołem okiem uznawano ten, przy którym w pierwszym przypadku po godzinnem, w drugim po dwugodzinnem staniu w cieplarce (w 37° C.) stwierdzono zupełne skłębienie się drobnoustrojów i oddzielenie się wyraźne tego kłębka od przeźroczystego i wyjaśnionego płynu. Tworzenia się kłaczków, choćby nawet wyraźnych, nie uważano za wynik dodatni, wobec czego podane poniżej liczby, chociaż może są niższe od rzeczywistych, jednak są całkiem pewne; oczywiście wykonywano równocześnie także badania porównawcze.

Z surowicą ludzką (*a*) ze względu na małą jej ilość rozleglejszych prób nie wykonano, stwierdzono tylko, że w rozcieńczeniu 1:200 aglutynuje ona drobnoustroje tak ze zwłok, jak i ze studzeniny, nie aglutynuje zaś ani w tem rozcieńczeniu, ani też w niższem (poniżej 1:20 nie badano) prątków duru brzusznego, ani też prątków okrężnicy.

Surowica świnki morskiej (*b*) aglutynowała w równym stopniu drobnoustroje ze zwłok i ze studzeniny, najwyżej w rozcieńczeniu 1:800; nie aglutynowała ani prątków durowych, ani prątków okrężnicy nawet w roztworze 1:20. Zapomocą tej surowicy (*b*) zbadano także i drobnoustroje z innych epidemii zatruć mięsem, przyczem stwierdzono dodatni wynik:

z prątkiem	Gärtnera . . .	w roztworze . .	1:800
„	Morseele . . .	„ . .	1:200
„	Abla	„ . .	1:200
„	Basenaua . .	„ . .	1:800
„	Fischera z Rumph.	„	1:800
„	„ z Hanstedt	„ . .	1:800
	Haenschego z Wrocławia .	ujemny wynik nawet 1:25.	
	Günthera z Poznania . .	ujemny wynik nawet 1:25.	

Wyniki, uzyskane sposobem drugim, t. j. przy użyciu hodowli bulionowych, były około 10% niższe.

W sprawie aglutynacyi dodać muszę jeszcze jeden szczegół: pierwszą ofiarą epidemii lwowskiej był młody robotnik, przyjęty do szpitala w dniu 3/VI na oddział chorób zakaźnych ze względu na objawy, przypominające dur brzuszny (osutka, powiększenie śledziony, ciepłota i t. d.). W historyi choroby szpitala znajduje się zapisek, że u tegoż chorego „odczyn Widala był wybitnie zaznaczony (lecz nie do tego stopnia, aby próbę można uważać za dodatnią)“. Miarą (titre) aglutynacyjną wedle zasięgniętych wiadomości było w tym razie rozcieńczenie 1:100. Dowodzi to również własności aglutynujących surowicy krwi chorych z zatrucia mięsem.

Przed wysnuciem wniosków z przebiegu epidemii i powyżej streszczonych badań wspomnieć jeszcze należy o wyniku dochodzeń urzędowych w tej sprawie.

Studzeninę, którą chorzy kupowali w dwu sklepach przy ul. K. i Sz., wyrabiał jeden tylko rzeźnik, mianowicie właściciel sklepu z ul. K., który część wyrobu oddawał do rozsprzedaży rzeźnikowi z ul. Sz. Pierwszy z nich zeznał, że kupił w dniu 31/V od rzeźnika S. w tutejszej rzeźni miejskiej 3 wieprze, oglądane za życia i po zabiciu wedle obowiązujących przepisów. Wieprze te stanowiły część większej partyi, zakupionej na Węgrzech. Nóg tych wieprzów użył on do sporządzenia studzeniny, której część przyrządzono w dniu 1/VI, resztę zaś 3/VI, ponieważ 2/VI było uroczyste święto. Tak z pierwszego, jak i z drugiego wyrobu odstąpił po dwie foremki tej studzeniny masarzowi z ul. Sz. do rozsprzedaży. Skonfiskowana przez władze studzenina, (której część służyła do powyższego badania), stanowiła nierozsprzedaną część wyrobu z 3/VI. Co się stało z resztą mięsa z tych wieprzy, niewiadomo, gdyż w tym kierunku dochodzeń nie robiono; w sklepie, ani w pracowni, nie znaleziono żadnego mięsa z wyjątkiem marynujących się szynek; w pracowni i w sklepie stwierdzono czystość i higieniczne warunki. Dodać należy, że wedle zeznań czeladników tegoż masarza studzeninę sporządzano z nóg wieprzowych, dodając zazwyczaj nóżek i „bruścików“ (mostków piersiowych) młodych byczków. Czy w tym przypadku dodawano do wyrobu studzeniny innego mięsa i jakiego, tego również nie dochodzono.

Wreszcie jako znamienną okoliczność podnieść należy, że za podszeptem masarza z ul. K. zataił masarz z ul. Sz. wobec władz posiadanie foremek ze studzeniną tak, że one dopiero później dostały się do rąk władzy. Również nie badano zupełnie, jaki był stan zdrowia zwierząt, których mięsa użyto do wyrobu studzeniny, nie stwierdzono też wiarogodności zeznań rzeźnika z ul. K. tak, że za udowodniony przyjąć można tylko fakt, że masarz z ul. K. zakupił rzeczywiście w rzeźni w dniu 31/V od rzeźnika S. trzy wieprze, które, wedle przepisów w rzeźni oglądane, uznano za zdrowe, a mięso ich za dobre; wszystkie zaś inne okoliczności nie są niczem poparte i nie mogą stanowić żadnego dowodu. Nie udowodniono zatem, czy do studzeniny użyto rzeczywiście nóg z wymienionych wieprzy, czy też innego mięsa, lub czy prócz tych wieprzy nie użyto innego mięsa, co jest bardzo prawdopodobne wobec zeznań czeladników.

Badanie chemiczne studzeniny i treści przewodu pokarmowego zwłok nie wykryło ani trucizn metalicznych, ani też alkaloidów roślinnych.

Jeżeli uwzględnimy przebieg epidemii i rodzaj objawów chorobowych łącznie z wynikiem sekcyi z jednej strony, z drugiej zaś strony wyniki dochodzeń, badań chemicznych

i bakteryologicznych, musimy przyjąć za udowodnione, że epidemia lwowska była tak zw. zatruciem mięsnem, cechującem się objawami w zakresie przewodu pokarmowego, a wywołanem przez spożycie studzeniny, zakażonej przez powyżej opisane drobnoustroje, należące do grupy prątka Gärtnera. Jednakie własności drobnoustrojów ze zwłok i studzeniny, obecność ich w zwłokach prawie w czystej hodowli, ich własności postaciowe i biologiczne, wyniki doświadczeń na zwierzętach, objawy chorobowe u osób zatrutych, wyniki aglutynacyi, szczególnie zaś wyniki aglutynacyi z surowicą jednej z chorych osób, wszystko to jest niezbitym dowodem, że studzenina ta, przedewszystkiem zawarte w niej mięso miało własności, bardzo dla zdrowia szkodliwe. Szybkie powstawanie pierwszych objawów i bardzo krótki okres wylęgania się choroby (zazwyczaj 4—5, w niektórych przypadkach 3—4, a raz nawet 2 godziny) dowodzi, że w przeważnej części przypadków było to zatrucie (*intoxicatio*) wytworzonymi w mięsie jadami (toksynami), do którego później dopiero przyłączało się zakażenie (*infectio*). Jak silne były wytworzone w mięsie jady, dowodzi tego śmierć 56-letniego, poprzednio zupełnie zdrowego i nie dotkniętego żadnemi wadami organicznemi mężczyzny w ciągu zaledwie 32 godzin od spożycia studzeniny, wśród nieprzytomności i zapadu, mimo pomocy lekarskiej.

Własności szkodliwe miał tak pierwszy, jak i drugi wyrób tej studzeniny we wszystkich częściach bez wyjątku, o czem świadczyło, że chorowały bez wyjątku wszystkie osoby, które jadły studzeninę, zakupioną z tych dwóch sklepów w czasie od 1 do 5 czerwca. Że mięso nie było tu zepsute, gnijące, dowodzi tego zgodne świadectwo wszystkich zatrutych osób, które studzeninę tę uważały za smaczną; niektóre jadły ją dwukrotnie, nikt zaś nie zauważył złego smaku, zapachu i t. p. objawów zgnilizny. Zresztą świadczy o tem także badanie części tej studzeniny w 5 dni po jej wyrobie, t. j. w dniu 8/VI, w którym to czasie nie było jeszcze śladów znaczniejszej zgnilizny, gdyż nawet wtedy jeszcze galareta jej nie była całkiem rozpłyniętą. Nie ulega zatem wątpliwości, że sam materyał, użyty dwukrotnie do wyrobu studzeniny, t. j. mięso, był zakażony powyższymi prątkami; z jakiego zwierzęcia mięso to pochodziło, czy w studzeninie było mięso jednego tylko zwierzęcia, czy też kilku zwierząt, lub nawet zwierząt różnego gatunku, tego nie wiemy i możemy pod tym względem wypowiadać tylko przypuszczenia. Uwzględniwszy zeznania czeladników rzeźnika z ul. K., że do wyrobu studzeniny oprócz nóg wieprzowych używano zazwyczaj mostków, nóg z młodych byczków, oraz zachowanie się tego rzeźnika wobec władz i chęć ukrycia naczyń z nierozsprzedaną częścią studzeniny, należy przypuścić, że albo studzenina nie była sporządzoną z nóg wieprzy, oglądanych w rzeźni, lub też, że oprócz tego było w tej studzeninie jeszcze inne mięso, w którem należałoby może szukać źródła prątków. Ważnem byłoby także oznaczyć czas, w którym nastąpiło zakażenie mięsa studzeniny; jednak i co do tej okoliczności zbyt mało mamy danych tak, że pod tym względem, nie wiedząc, skąd pochodziło mięso, możemy jedynie wyrazić swe domysły. Z okoliczności, że takie drobnoustroje, jak powyżej opisany, należące do grupy *bac. enterit. Gärtneri*, napotykane bywają u zwierząt, dotkniętych pewnego rodzaju chorobami (najczęściej u cieląt, młodych byczków, krów, rzadziej u świń), że tak pierwszy, jak drugi wyrób studzeniny we wszystkich swych częściach okazał się szkodliwym, co dowodzi, że prątki były w mięsie równomiernie rozmieszczone, — z okoliczności tych należałoby wnosić, że zwierzęta, czy zwierzę, którego mięsa użyto do wyrobu studzeniny, było już za życia chorem, że zatem prątki te znajdowały się w mięsie jeszcze przed jego ugotowaniem. A w takim razie — uwzględniwszy obecność tych prątków w narządach zwłok denata — wynikałoby z tego, że gotowanie mięsa nie wystarczało do zabicia prątków, nie tworzących, jak wiadomo, zarodników. Że gotowanie mięsa, zwłaszcza w dużych kawałkach, może nie wystarczać do zabicia znajdujących się w nim prątków tego rodzaju, dowodzi tego przebieg kilku epidemii, oraz doświadczenia Forstera z gotowaniem dużych kawałków mięsa. W niniejszym jednak przypadku trudno przypuścić, iżby gotowanie nie było dostateczne dla zabicia zakażających mięso prątków. Oględzinami i badaniem drobnowidowem kawałka mięsa ze studzeniny stwierdzono bowiem, że mięso to dawało się łatwo igiełkami rozdzielić na pojedyncze włókna i włókienka, które nie miały już budowy prążkowanej i dawały się łatwo rozetrzeć między palcami na miazgę, co wobec dopiero rozpoczynającej się zgnilizny przemawia za dobrem ugotowaniem mięsa; z drugiej zaś strony przemawiają za tem przepisy i sposób sporządzania studzeniny, wedle którego mięso i inne narządy zwierzęce muszą się długo i dobrze gotować, wprost rozgotować, ażeby w gotującej się wodzie rozpuścił się wszystek zawarty w tych częściach klej zwierzęcy, który następnie tworzy po ostygnięciu właściwą galaretę. Natomiast ten sposób zakażenia mięsa jest możliwy wówczas, jeśli przyjmiemy, że mięso i te części narządów, z których przyrządzono sam bulion (tworzący po ostygnięciu galaretę) pochodziły z innego zwierzęcia czy zwierząt, aniżeli mięso, którego kawałki tkwiły w tej galarecie, które nie wymagało tak długiego gotowania, a włożone było w galaretę dopiero przed jej całkowitem zastygnięciem. Wprawdzie rozumowanie to wydaje się może sztuczne; — jednakże jak pouczył mnie jeden z rzeźników — studzeninę i bulion przyrządza się niekiedy właśnie na dwa zawody, z różnych gatunków mięsa. Na bulion, tworzący potem galaretę, bierze się mianowicie chrząstki nosowe, uszne, części mostka i części stawowe kości cieląt i innych młodych zwierząt, gdyż obfitują one w klej zwierzęcy, a po ugotowaniu ich wrzuca się mięso z innych zwierząt, pokrajane w dość duże kawałki, a to dlatego, że ludność uboższa przenosi taką studzeninę z widocznymi kawałkami mięsa (tak zw. z kostką) nad tę, w której mięso jest na miazgę rozgotowane, dla oka mniej widoczne.

O wiele jednak prawdopodobniejszą jest chwila zakażenia studzeniny, a raczej zawartego w niej mięsa po jej ugotowaniu, a w czasie jej przyrządzania lub przechowywania, aczkolwiek wspomniana okoliczność, t. j. zakażenie wszystkich części studzeniny z obu wyrobów, wcześniejszego i późniejszego, prawdopodobieństwo to nieco osłabia. Kawałek mięsa zakażonego, jeden narząd z takiego zakażonego zwierzęcia, znajdujący się w pracowni lub w składzie rzeźnika, zakazić może inne, obok leżące mięso, zakażenie to łatwo przenieść się może na narzędzia i naczynia, do wyrobów masarskich służące, tudzież na ręce osób pracujących, a takie zakażone naczynia, nie odkażone w sposób odpowiedni, zakazić mogą cały szereg wyrobów masarskich; ten sposób

zakażenia w danym przypadku był tem możliwszy, że szybkiemu rozmnażaniu się pratków sprzyjała gorąca pora roku i panujące wówczas upały. Ten rodzaj i ta chwila zakażenia przemawia też więcej do przekonania, a nie sprzeciwia się temu przypuszczeniu to, że w pracowni rzeźnika miano stwierdzić czystość i higieniczne warunki, gdyż znajdujące się w pracowni narzędzia i naczynia badano zbyt powierzchownie, a właściciel wiedział już poprzednio o grożących mu dochodzeniach (sprawa była już podówczas rozgłośna) i miał czas uporządkować pracownię i sklep, w których prócz marynujących się szynek żadnego nie znaleziono mięsiwa.

Przedstawiony powyżej przebieg dochodzeń, przedsięwziętych dla wyjaśnienia tej sprawy, stanowi dowód, że podobnie, jak w wielu innych przypadkach, tak i w tym nie powinno było zabraknąć w komisyi śledczej lekarza, któryby wskazał władzom kierunek, w jakim dochodzenia przeprowadzić należy, aby jak najkrótszą drogą dojść do wyników i któryby pouczył, czy i jakiego rodzaju badania lub rozbiory przez odpowiednio ukwalifikowane osoby lub zakłady przedsięwziąć należy, w jakich naczyniach i w jaki sposób opakowane być powinny materyały, przeznaczone do badania bakteryologicznego, tudzież, że badanie to należy wykonać bez zwłoki, choćby nawet pominąć wypadło pewne formalności, jeżeliby one miały być przyczyną zwłoki i wywrzeć przez to na wynik tego badania wpływ niekorzystny.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Schwarze i prof. Grunert (Hala): **Einführung in das Studium der Ohrenkrankheiten, ein Grundriss der Otologie in Form von akademischen Vorträgen für Studierende und praktische Aerzte.** (Vogel, Lipsk, 1905).

Aczkolwiek same nazwiska autorów, zażywających światowej sławy, stanowią najlepsze polecenie dla tego ich dzieła tak, że dalsze jego zalecenie uważać można za zbyteczne, to przecież chcemy niniejszem podnieść niektóre godne uwagi szczegóły, którymi ono wyróżnia się i odznacza od innych prac podobnych. Dzieło to, właściwie przeznaczone dla dawnych i przyszłych słuchaczów kliniki otyatrycznej w Hali, a więc dla takich lekarzy i studentów, którzy już przebyli ćwiczenia praktyczne w badaniu i rozpoznawaniu chorób usznych, odbiega znacznie od typu zwyczajnych podręczników. W miejsce systematycznego uporządkowania materyału według utartego szematu znajdujemy tu ugrupowanie treści, odpowiadające więcej celowi dydaktycznemu. Uwzględniwszy w treści najważniejsze i najpospolitsze stany i zmiany chorobowe w narządzie słuchowym, podaje autor w krótkich i treściwych wykładach dokładny obraz całokształtu nowoczesnej otyatryi, a mimo przeważającego kierunku praktycznego strona teoretyczna została należycie uwzględnioną, o ile to jest potrzebne dla gruntowniejszego zrozumienia.

Pracę swą podzielił autor na 18 wykładów, z których 2 (III i IV) są pióra Schwartzego, a reszta Grunerta. Część ogólna (5 wykładów) nosi nagłówki: I. etyologia, II. profilatyka i higiena, III. symptomatologia, IV. dyagnostyka i V. terapia. Anatomię autorowie zupełnie opuścili, a fizyologię słuchu skreślili tylko częściowo w odpowiednich uwagach, wplecionych do innych wykładów, a zwłaszcza do trzeciego. W tym rozdziale nie ogranicza się autor do samego opisania poszczególnych objawów, lecz wyszczególnia też choroby, w których one występują, wskazuje na ich znaczenie rozpoznawcze, tłómaczy ich powstanie i dołącza wskazówki lecznicze. Wykład VI z tytułem: „Die Verletzungen des Ohres“ zawiera opis wszystkich rodzajów uszkodzeń narządu słuchowego, ich objawy, przebieg, następstwa i leczenie. Jest to przedmiot bardzo ważny ze względu na to, że zmiany, w tym narządzie napotykane, są nieraz jedynemi, które pozwalają na rozpoznanie uszkodzenia czaszki, podczas gdy objawy ze strony mózgu, mimo tego uszkodzenia, zupełnie mogą brakować. Obszerne przedstawienie tego przedmiotu, jak również wykład następny VIII „Begutachtung von Ohrverletzungen“ ma wysoką wartość i zasługuje na szczególne uznanie. Rozdziały te zawierają bowiem dla każdego lekarza bardzo pożyteczne i potrzebne wiadomości, zwłaszcza w naszej dobie, gdzie sprawy ubezpieczenia i nieszczęśliwych wypadków w rękodziełach i przemyśle coraz więcej nabierają aktualności i lekarz coraz częściej znajduje się w położeniu rzeczoznawcy, mającego wydać orzeczenie o istniejącem lub udawanem kalectwie, jego przyczynach i stopniu.

Wykłady VIII i IX traktują o nowotworach, ciałach obcych i nerwicach ucha, z szczególnem uwzględnieniem klinicznie ważnych i praktycznie potrzebnych szczegółowych cierpień. Choroby ucha zewnętrznego i błony bębenkowej są przedmiotem wykładu X-go. Jako najczęstszą postać rozlanego zapalenia ucha zewnętrz. podaje autor grzybicę uszną. W leczeniu czyraka ucha zewnętrznego poleca on przecięcie, jednak nie wcześniej, aż można z pewnością liczyć na obecność ropy. Po przecięciu czyraka poleca wkładać do przewodu usznego pasek gazy, zamoczony w 1% rozczynie azotanu srebrowego. Ten sam środek ma oddawać dobre usługi w celu zapobiegania nawrotom tej choroby, jeżeli się go zastosuje jako pędzlowanie ścian ucha zewn. Z zadowoleniem wspomnieć możemy, że podział ostrych zapaleń ucha środkowego, przyjęty przez autorów w wykładzie XI, bardzo jest zbliżony do podziału, którego sprawozdawca w swojem dziele [1]) bronił. Trudno jednak zgodzić się z autorem jeżeli powiada: „dass ein isolierter Tubenkatarrh anatomisch, nicht erwiesen und klinisch nicht wahrscheinlich ist“ (str. 218): jakże można inaczej nazwać obraz chorobowy, przy którym obok upośledzenia słuchu i autofonii, nie można wykazać żadnych przedmiotowych zmian zapalnych, oprócz może lekkiego zaciągnięcia błony bęb. (zresztą prawidłowej), silnego nieżytu jamy nosowo-gardłowej, a natrysk powietrza sprowadza natychmiastową poprawę słuchu? Co do przekłucia, to Grunert zajmuje stanowisko skrajne, które najwybitniej charakteryzuje orzeczenie autora, że gdzie zachodzi wątpliwość co do obecności wypociny i co do wskazania do tego zabiegu, to lepiej zawsze jest wykonać go, gdyż w każdym razie mniej tym zabiegiem zaszkodzi się, niż przez jego zaniechanie tam, gdzie zachodzi do tego potrzeba; jest to stanowisko, którego autor już dawniej bronił w różnych artykułach i odczytach na posiedzeniach lekarskich. Tak zwane „suche leczenie“ nie poleca się w tej chorobie, zwłaszcza w praktyce ogólnej. Analogicznie do zapaleń ostrych dzieli autor także przewlekłe zapalenia ucha środk. na nieżyt przewlekły i przewlekłe ropienie (wykład XII). Jako ważny objaw, przemawiający za obecnością wypociny w jamie bęb., podnosi autor ograniczone przekrwienie dolnego obwodowego odcinka błony bębenkowej. W wykładzie XIII „Die ossalen Komplikationen der Mittelohreiterung“ opisuje autor choroby wyrostka sutkowego, próchnicę i zgorzel jamy bęb. i kostek usznych, oraz żółciolojak. Na kwestyę wydłutowania wyrostka autor zapatruje się radykalnie, twierdząc, że nawet w przypadkach wątpliwych należy zdecydować się na operacyę, choć próbną (Explorativoperation), a nie czekać za długo na wyraźniejsze objawy, bo „Je mehr Zeichen, desto mehr Leichen“. Przyznaje jednakże, że nawet dla bardzo doświadczonego lekarza może być trudnem oznaczenie chwili, w której dalsze czekanie byłoby szkodliwem. Następowy żółciolojak, powstały wskutek wrastania naskórka z przewodu ucha zewn. do jamy bęb. po ropnem zapaleniu

[1]) *Krótki zarys nauki o chorobach usznych* (Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich im. Edwarda Korczyńskiego w Krakowie).

ucha środk. odróżnia Grunert jako „extrauterin angelegter“ od pierwotnego prawdziwego żółciołojaka jako „intrauterin angelegtes“, powstałego wskutek śródmacicznego odszczepienia się nabłonka płaskiego. Jako nienależący do żółciołojaka wyklucza Grunert czop naskórkowy w przewodzie ucha zewn. i guz perlisty na błony bębenkowej. Wysoką wartość przyznać należy wykładowi XIV-mu, traktującemu o „ośrodkowych powikłaniach ropienia usznego“, w którym różne te powikłania opisano pod względem rozpoznawczym w sposób bardzo dokładny i treściwy, stanowiący wybitną zaletę tego dzieła. Tętno zwolnione i napięte, oraz zapalenie n. wzrokowego, dające się postrzegać w ropniu mózgowym, uważa Grunert za następstwa — nie wzmożonego ucisku śródczaszkowego, lecz raczej za skutek podrażnienia przez toksyny n. błędnego, względnie n. wzrokowego. Surowicze zapalenie opon mózgowych, polegające na obrzęku mózgu i na wzmożonym płynie mózgowordzeniowym, może powodować te same objawy, co rozlane zapalenie opon mózgowych, od którego odróżnia się klinicznie tylko większą uleczalnością. W leczeniu ropnicy, będącej następstwem zakrzepicy i zapalenia zatoki żylnej autor z zaufaniem podaje chininę, którą zapisuje w dawkach po 0·5. — Osobny rozdział (wykład XV) poświęcony jest twardzieli (sclerosis). Zapatrywania autora na tę chorobę znane są z innych jego prac, po części także podane w wyciągach w „Przeglądzie lekarskim“. Zajmującem jest to, że autorowie wykazali tę chorobę już w 10—12 roku życia chorych. Ostatnie 3 wykłady noszą tytuły: „Erkrankungen des inneren Ohres“ (XVI), „Taubstumheit“ (XVII) i „Missbildungen des Gehörorganes. Prothesen u. Korrektionsapparate“ (XVIII). Słusznie ostrzega autor przed usiłowaniami miejscowego leczenia choroby ucha wewn., gdyż dość często napotyka się na bezcelowe, a nawet szkodliwe bezkrytyczne zastosowanie różnych sposobów natrysku powietrza w tej chorobie ze strony lekarzy. Trafne uwagi, tyczące się osławionych, szalbierczo zachwalanych narzędzi i olejków usznych, kończą cenne to dzieło. Po spisie treści następuje w dodatku spis narzędzi, potrzebnych dla praktycznego lekarza w celu badania i leczenia chorego ucha w codziennej praktyce, oraz wykaz istniejących w Niemczech zakładów dla głuchoniemych.

Dzieło omawiane stoi na wyżynie tegoczesnego stanu nauki i najnowszych jej zdobyczy. Wszędzie widnieje w autorze wytrawny spostrzegacz, doświadczony nauczyciel i praktyk. Przyjemne wrażenie robi niezwykła szczerość i trzeźwość w ocenianiu środków leczniczych i ich skuteczności. Z drugiej jednak strony jako wadę uważamy, że strona leczniczo-kliniczna zbyt skąpo jest uwzględnioną, gdyż według naszego zdania lekarz praktyk powinien zawsze rozporządzać pewnym zasobem różnych środków i sposobów leczniczych, które w przypadkach uporczywych i długotrwałych często zmieniać wypada. To, że piśmiennictwo nie zostało przytoczono, nie jest wadą, bo tego działu w takiej książce nie należy oczekiwać. Ważnym i pożałowania godnym uszczerbkiem jest zupełny brak rysunków, co pożyteczność tej książki dla początkujących znacznie ogranicza.

Wydanie jest ozdobne i godne znanej firmy nakładcy.

Spira.

• • •

IV. Wyciągi.

CHIRURGIA. Körte. **O najodpowiedniejszej porze operacyi w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Arch. f. klin. Chir.*, Tom 77, Z. 3). Wczesne operowanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego datuje się od roku 1889, kiedy Schüller wspomniał o takiej operacyi. W r. 1890 zwrócił znów uwagę chirurgów Kümmel na operowanie „na zimno“, w czasie przerwy między napadami. Autor, nauczony doświadczeniem, jest obecnie zwolennikiem jak najwcześniejszego operowania. Na 1791 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego spotkał w 341 zapalenie otrzewnej, z których wogóle 60 prc. (tak z operowanych, jak i z nieoperowanych) skończyło się śmiertelnie. Wiele przypadków zapaleń otrzewnej nie operowanych, wiele ostrych niedrożności jelit ma swe źródło w zapaleniu wyrostka i często o tem nawet nie wiemy. Przebiegu w żadnym przypadku przewidzieć nie można. Najlżejsze cierpienia biorą nagle fatalny obrót: naodwrót pozornie bardzo ciężkie leczą się same. Nasze sposoby badania nie dają żadnej rękojmi. Liczenie białych ciałek w początku choroby nie ma żadnej wartości. W początkach choroby, kiedy szanse operacyi byłyby najlepsze, nie ma zwykle objawów zajęcia otrzewnej, mimo że przy operacyi znaleźć można już obficie ropę. Najczęściej jeszcze cięższym stanom towarzyszy napięcie powłok brzusznych. Środki przeczyszczające, stosowane dawniej z zapałem w początkach choroby przez Francuzów i Amerykanów, często szkodzą, pobudzając błony śluzowe do silniejszego wydzielania, nieraz też przyśpieszają przedziurawienie wyrostka. Z tego zapewne powodu Francuzi i Amerykanie stali się pierwsi zwolennikami wczesnej operacyi. Makowiec sprawia wprawdzie ulgę, nie pomaga jednak zresztą wcale, a zaciera obraz chorobowy. Los chorych rozstrzyga się zwykle w pierwszych 48 godzinach. Nawet rozległe ropne zapalenia otrzewnej, wcześnie operowane, dają dość dobre rokowanie; tak n. p. z 137 przypadków zajęcia otrzewnej w 57 spotkał autor w bardzo wczesnym okresie już wolną ropę w otrzewnej. 27 z tych przypadków operowano w pierwszych 2 dniach: śmiertelność 18·8 prc. Z operowanych w 3 dniu 30 przypadków zmarło już 36·6 prc., z później jeszcze operowanych 66·6 prc. Operacya bardzo wczesna nigdy zaszkodzić nie może, a ochrania od groźnych następstw. Z 80 chorych operowanych wcześnie, nie umarł autorowi żaden (wspomina tu autor oczywiście o zwykłych przypadkach bez przedziurawienia). Z groźnych powikłań wspomina autor szczególnie o ropnem zapaleniu żył i ropniach wątroby (na 20 przypadków uratował autor 2), ropniach podprzeponowych (z 33 wyleczone 21 operacyjnie, reszta umarła), dalej o zajęciu części rodnych kobiecych, przetokach kałowych, ropniakach i t. d. Tworzenie się zrostów cechuje ostre występowanie niedrożności kiszek (z 5 przypadków 2 uratowane). Wyrostek należy usuwać tuż u przyczepu przy kiszce ślepej, gdyż pozostawienie małego nawet kikuta usposabia już do nawrotów. Pomyłki w rozpoznawaniu zdarzają się często. Należą tu n. p. tak zwane fałszywe zapalenia na tle nerwowem. Wyrostek usuwamy, a bole trwają dalej. Dalej przy nieprawidłowem położeniu wyrostka rozpoznajemy nieraz błędnie inne cierpienie, lub naodwrót inne cierpienie bierzemy za zapalenie wyrostka. Tak np. autor zoperował raz przypadek duru brzusznego, rozpoznawszy mylnie zapalenie wyrostka, a dopiero sekcya wyjaśniła sprawę. W przypadkach wątpliwych drenuje autor od tyłu przy grzebieniu kości biodrowej. Na 600 przypadków autora, operowanych „na zimno“, śmiertelność wynosiła 1 prc. Autor operuje dopiero w 4—6 tygodni po napadzie. Wnioski autora są następujące: 1) Każde zapalenie wyrostka, objawiające się silnymi bolami, podrażnieniem otrzewnej i napięciem powłok brzusznych, powinno być operowanem jak można najrychlej (w 1 lub 2 dniu). 2) Przypadki zajęcia otrzewnej można często jeszcze uratować, jeżeli operuje się w 1—2 dniu choroby. 3) Po upływie 2 dni należy tylko otwierać ropnie, wyrostek usuwać zaś potem „na zimno“. *Dr. Adolf Klęsk.*

Hoffa. **Wrodzone biodro szpotawe** (*coxa vara*). (*Deut. med. Wochs.*, Nr. 32, 1905). Autor przyjmuje prócz biodra szpotawego na tle krzywicy lub urazu także typowe wrodzone biodro szpotawe, biorące początek w braku bioplastycznej energii rozrostu kości. W chrząstce nie spotykamy odznaczającej się warstwy rozrostowej, beleczki kostne nie rosną tu przez nawarstwianie (*appositio*), a szpik kostny okazuje zmiany podobne, jak w wieku starczym. Dokładne fotografie Röntgenowskie pouczają najlepiej, że takie cierpienie istnieje. Samorodne biodro szpotawe różnie się wybitnie od krzywiczego. Przedewszystkiem szyjka kości udowej zupełnie się niewykształca lub ledwo jest zaznaczoną, dalej linia nasadowa (*Epiphysenlinie*) przebiega tu pionowo, w biodrze krzywiczem zaś skośnie, w końcu zaś w krzywicy często spotykamy ubytki główki. Prócz tego w krzywicy kość udowa często bywa znamiennie wygiętą, co nie zdarza się przy biodrze szpotawem wrodzonem. Uraz wyłączyć można już z tego powodu, że cierpienie to spotykamy często obustronnie, lub po jednej stronie biodro szpotawe, a po drugiej wrodzone zwichnięcie, a dalej, że biodro szpotawe zdarza się także u maleńkich dzieci. Całą sprawę objaśnia autor zdjęciami röntgenowskiemi przypadków, których dotąd spostrzegał 10.

Dr. Adolf Klęsk.

Bornhaupt. **Zranienia naczyń i urazowe tętniaki w wojnie rosyjsko-japońskiej.** (*Arch. f. klin. Chir.*, Tom 77, Z. 3). W szpitalu w Charbinie od 23 marca 1904 do 15 marca 1905 poczynił autor wiele ciekawych spostrzeżeń. W obecnej pracy zajmuje się autor zranieniem naczyń krwionośnych i urazowymi tętniakami. Przypadków takich spostrzegał autor 22. Nowoczesna

broń powoduje często wytwarzanie się tętniaków, co zapewne trzeba położyć na karb małego kalibru pocisków i stosunkowo gładkich a wązkich kanałów postrzałowych. Rannych przywożono najczęściej 6—10 dnia do szpitala, często w bardzo prymitywnych opatrunkach i bez szyn ustalających. W 3 przypadkach operowano z powodu wielkiego krwotoku. Z rannych jeden umarł na posocznicę. W 3 przypadkach nie operowano i to w jednym tętniak tętnicy biodrowej zewnętrznej znikł sam, w 2 zaś innych (tętn. tętnicy udowej) guz znacznie zmalał i nie wywoływał żadnych przypadłości. W 11 przypadkach zranioną była równocześnie tętnica i żyła. Z tych 9 operowano z powodu żyłotętniaka z pomyślnym wynikiem. W jednym przypadku tętniaka, wyżej wspomnianym, z silnem zakażeniem kanału, wyłuszczono tętniak, następowo jednak z powodu zgorzeli odjęto kończynę.

Zranień wielkich nawet naczyń, nie krwawiących jednak bardzo na zewnątrz, nie należy operować, jak radzi n. p. Zoege von Manteuffel odrazu na polu bitwy, lecz lepiej przeczekać pewien czas i operować dopiero w większym szpitalu, gdzie można być pewnym aseptyki. Szew boczny, a nawet okrężny przy doraźnem gojeniu się rany (*prima intentio*) jest postępowaniem idealnem. Chorych należy transportować tylko w opatrunkach ustalających i ostrożnie. W tętniaku tętniczym może szmer zupełnie nie występować. Urazowy tętniak leczy się nieraz sam, zakażenie usposabia do gwałtownych następowych krwotoków. Nowoczesne kule przebijają nawet okrągłe otworki w naczyniach, a naczynia nie usuwają się, jak sądzono, przed niemi. Najlepszym sposobem operacyi dużego tętniaka jest jego wyłuszczenie w 4 tygodnie po zranieniu wśród ścisłej aseptyki. Co do częstości ran różnych naczyń, to 2 razy zranioną była i została podwiązaną tętnica szyjna wspólna; oba przypadki zakończyły się szczęśliwie. Po podwiązaniu nie było żadnych przypadłości następowych. Z innych zranień, w których naczynie podwiązano, przytacza autor po jednem zranieniu tętnicy głębokiej uda i żyły kolanowej (1). Druga grupa obejmuje przypadki, w których wyłuszczono tętniaki. Były to zranienia: tętnicy pachowej (1), ramieniowej (1), udowej (2), kolanowej (1). W grupie trzeciej operowano żyłotętniaki, a mianowicie: ramieniowy (1), udowy (2), kolanowy (5), strzałkowy (1), w 3 przypadkach, wspomnianych wyżej, wcale nie operowano. Rany, zadane bronią nowoczesną, goją się według zdania autora przeważnie dobrze przy leczeniu zachowawczem. W końcu przytacza autor szczegółowe historye choroby.

Dr. Adolf Klęsk.

Schulz. **Zakrzepy żylnych zatok pochodzenia usznego.** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, Nr. 35, 1905). Autor miał na posiedzeniu lekarzy w Gdańsku odczyt o zakrzepach zatok żylnych pochodzenia usznego. Z oznak rozpoznawczych podnosi objaw Griesingera. Ucisk palcem pomiędzy mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym a dolną szczęką na wewnątrz i ku górze ku podstawie czaszki (żyła szyjna) jest wtedy bardzo po stronie chorej bolesny. Bolesność ta pochodzić może naturalnie także od obrzmiałych gruczołów. W omówieniu leczenia uznaje w zupełności racyę bytu podwiązywania żyły szyjnej, otwierania jej opuszki i oczyszczania ze skrzepów. W dyskusyi Behrend odmawia wartości objawowi Griesingera, gdyż spotyka się go również często przy ropniach zewnętrzno-oponowych tylnej części czaszki. Również nie jest on zwolennikiem podwiązywania żyły szyjnej, nie chroni to bowiem od przerzutów ropnych: odpływ odbywać się może drogą zatoki skalistej dolnej. Podwiązanie żyły wykonać należy, gdy skrzep nie sięga zanadto nizko ku sercu i spodziewać się należy, że jest natury zakaźnej. Ze statystyki Hesslera wynika, iż mimo podwiązania żyły szyjnej około w 21% występują przerzuty. *Dr. A. Klęsk.*

Schiff. **Stowaina jako środek miejscowo znieczulający.** (*Deutsch. med. Wochft.* Nr. 35, 1905). Stowaina, środek pokrewny kokainie (amylenchlorhydrat), został wprowadzony zeszłego roku w życie we Francyi. Jest ona dwa razy mniej trującą od kokainy. Stosowano ją w rozczynach ½% z dodatkiem 0,85% NaCl. Dawkę dozwoloną unormowano do 0,229 (½%—44 cm). Stowaina nie wywołuje przykrych przypadłości tak jak kokaina, a działa również silnie. Ze stron ujemnych podnoszą tylko krwawienie z powodu rozszerzenia naczyń w miejscu wstrzyknięcia i wskutek tego niezarysowania się pęcherza, oznaczającego znieczulenie. Brak ten usunąć się daje jednak przez dodatek adrenaliny. Stowainę dostarczają w rurkach pojemności 2 sz. cm. w rozczynie 1%, dalej w rurkach o 10 sz. cm. (0,75%) i 1 cm. 10% z dodatkiem NaCl wyjałowioną, albo wreszcie *in substantia* po 5—10 grm. Gram kosztuje 45 fenigów, jest więc znacznie tańszą od kokainy. W Charité wypróbowano stowainę w 203 przypadkach. Znieczulenie wystąpiło w 92·5%, zawiodło głównie przy wyciąganiu zębów. Znieczulenie występuje zaraz po wstrzyknięciu i trwa podobnie długo, jak przy kokainie. Także w znieczuleniu lędźwiowem okazała się stowaina bardzo skuteczną. *Dr. A. Klęsk.*

OKULISTYKA. Odszkodowanie po wypadkach ocznych i oznaczenie jednostki bystrości wzroku. (*X. congrès international d'ophtalmol. Lucerne, 1904. Wydanie książkowe*, rok 1905). Ostatni międzynarodowy zjazd okulistów obrał za główny przedmiot swych obrad sprawę ogólniejszej, społecznej natury, dotyczącą ustawodawstwa przemysłowego i wartości zarobkowej oka uszkodzonego. Z powodu powikłania sprawy czysto lekarskiej, jaką jest stwierdzenie charakteru uszkodzenia, z zagadnieniem ekonomicznem, t. j. ocenieniem wartości zarobkowej, zależnem od ciał prawodawczych poszczególnych państw, nie zapadły na zjeździe żadne obowiązujące uchwały; mimoto wywody trzech głównych sprawozdawców, [Sulzer (Paryż), Axenfeld (Fryburg), Würdemann (Milwaukee)], i rozprawy oświetliły niektóre sprawy sporne i podały wiele praktycznych wskazówek.

Samo stanowisko lekarzy w sprawie określenia w odsetkach stopnia niezdolności do pracy nie jest wszędzie jednakie. Förster i Schmidt-Rimpler pozostawiają ocenę wysokości odszkodowania zawodowcom i przytaczają jako przykład niemieckie zawodowe stowarzyszenie młynarzy, które od lekarza żąda tylko oceny lekarskiej. Natomiast w Szwajcaryi, Francyi, Austryi, Belgii i t. d. żądają od lekarza oceny, podanej w odsetkach, uzasadniając to żądanie tem, że tylko lekarz zdoła ze stopnia uszkodzenia oka wnosić o jego zdolności zarobkowej. Przy ocenianiu zdolności zarobkowej z góry wyłączyć należy wszelką ocenę podmiotową; z drugiej jednak strony wzory matematyczne, polecane w swoim czasie przez Magnusa, nie odpowiadają również poczuciu słuszności i stwarzają skłonność do schematyzowania poszczególnych przypadków. Mogą one raczej służyć za dane pomocnicze dla doświadczalnie stwierdzonych wartości. Dla tak złożonego bowiem zjawiska, jak stosunek bystrości wzroku do zdolności zarobkowania, niezbędnem jest posiadanie całego szeregu dokładnych spostrzeżeń. Rzeczywista ocena wartości oka straconego lub uszkodzonego stanie się dopiero wtenczas możliwą, gdy zdoła się określić bystrość wzroku, wymaganą w różnych zawodach i stosunki, zachodzące między fizyologiczną bystrością wzroku, a jego zdolnością użytkową w poszczególnych zawodach. Najczęściej jednak lekarz-znawca nie posiada żadnych danych, upoważniających go do wydania oceny, a obecnie w praktyce używany podział na zawody wyższe i niższe nie jest wystarczającym przy ocenianiu wysokości odszkodowania. Zapobiedz temu mogłyby tylko systematyczne badania bystrości wzroku u robotników, któreby należało przeprowadzić nietylko w poszczególnych zawodach, ogółem biorąc, ale i w różnych gałęziach pracy jednego i tego samego zawodu. Za przykład mogą posłużyć zbadane dokładnie przez Sulzera warunki pracy w dwóch wielkich zakładach przemysłowych: w warsztatach tkackich i fabryce lamp żarowych. Zależnie od rodzaju czynności wymaganą jest rozmaita bystrość wzroku, siła akomodacyi i zdolność bryłowatego widzenia. Ta różnorodność wymagań wzrokowych, nie uwzględniona przez autorów wzorów matematycznych, stanowi główną przeszkodę w ich użyciu; według Sulzera przeprowadzenie masowych badań bystrości wzroku u robotników rozmaitych zawodów stworzyłoby podstawę do oceny utraty zarobku i oznaczenia wysokości odszkodowania. Przyszłość jednak dopiero okaże, czy badania te dadzą dodatnie wyniki i ułatwią rozwiązanie pytania, dotyczącego zarobkowej bystrości wzroku.

W sprawozdaniu Axenfelda zasługują na uwagę wnioski, streszczone przez samego autora w końcu pracy: 1) w przypadkach jednostronnej ślepoty lub jednooczności należy się w każdym razie renta stała w granicach od 25—30 prc.; czasami jednak procent przyznany może być wyższym ze względu na okres przyzwyczajenia się do nowych warunków życiowych. Wtedy jednakże należałoby już w pierwszej uchwale zastrzedz sobie prawo odpowiedniego zmniejszenia renty po upływie 1—2 lat. Między okiem lewem, a prawem niema różnicy. 2) Przy ocenie jednostronnej utraty soczewki (*aphakia*) należy uwzględniać tylko istotną bystrość wzroku bez szkieł poprawczych. Zmniejszenie renty może z czasem nastąpić, nigdy zaś nie powinno się jej zupełnie odbierać, lecz pozostawić co najmniej 10 prc. renty stałej. 3) Jednostronne obniżenie bystrości wzroku powyżej $^1/_{10}$ pozostawia jeszcze nienaruszoną zdolność obuocznego bryłowatego widzenia i dlatego nie wymaga wyznaczenia renty. 4) Badania bystrości wzroku dla celów zarobkowych należy wykonywać w warunkach, najbardziej zbliżonych do warunków pracy. A więc twarzą, zwróconą do okna lub jasno oświetlonej przestrzeni, a to w tym celu, by uwzględnić powstające przy pracy objawy podrażnienia oka lub olśnienia, n. p. w przypadkach plam rogówkowych. Badanie bowiem bystrości wzroku twarzą, zwróconą od okna, daje inne, może lepsze wyniki, nie zgadzające się jednak z rzeczywistością. Olśnienie i podrażnienie powinny być uwzględniane w wymierzaniu wysokości renty, są one bowiem powodem przerw w pracy, a tem samem uszczuplają wydatność pracy robotnika. 5) Zaburzenia mięśni ocznych, wywołujące widzenie podwójne, należy oceniać

jako jednooczność; po ustąpieniu widzenia podwójnego podobna ocena, jak przy braku soczewki. 6) Zwężenia pola widzenia podlegają ocenie w połączeniu z innymi objawami nerwicy urazowej. 7) Robotnicy rolni powinni otrzymywać odszkodowanie w tej samej wysokości, jak robotnicy fabryczni; w przypadkach jednooczności należy się im również stała renta.

Poza pytaniem ekonomicznej natury rozprawiano również nad sprawą rdzennie naukową, poruszoną w przedłożeniu francuskiego towarzystwa oftalmologicznego i dotyczącą oznaczenia jednostki bystrości wzroku. Do porozumienia również nie przyszło, wybrano tylko komisyę, która ma się zająć sprawą oznaczenia bystrości wzroku i przedstawić wyniki swych badań na najbliższym zjeździe. Ponieważ uchwała, która wówczas zapadnie, obowiązywać będzie nietylko okulistów, lecz wszystkich lekarzy, mających jakąkolwiek styczność z oznaczeniem bystrości wzroku. Nie od rzeczy będzie podać w krótkości wyciąg ze sprawozdania Sulzera, który jest jednym z głównych przedstawicieli, domagających się zmian w tym kierunku. W epoce kiedy Girand-Teulon i Snellen (1862) obrali kąt jednej minuty za jednostkę bystrości wzroku i oznaczyli przez ułamki stopnie niższe, mierzono jeszcze szkła według systemu calowego. Obecnie zniesiono system mierzenia na cale, a zaprowadzono podział według systemu setnego (dyoptrya). Podobnie zaleca Sulzer międzynarodową tablicę próbną do badania wzroku, opartą na nowym systemie mierniczym. Zamiast dzielić ćwiartkę obwodu kołowego na 90°, a te na minuty i sekundy i oznaczać kąt jednej minuty za jednostkę bystrości wzroku, wprowadza Sulzer system setny, według którego ćwiartka jest podzielona na 100° z dziesiętnemi i setnemi stopnia, a jako jednostkę mierniczą uznaje literę, która w odległości 5 metrów widziana jest pod kątem jednego stopnia. Odpowiada to prawie $^1/_{10}$ obecnej bystrości wzroku. Tę bystrość wzroku chce Sulzer nazwać na wzór mianownictwa, używanego w fizyce, nazwą „Snellen“, inni znowu „stopniem“, „eidoptryą“, „Landolt zaś krótko mianem „opt“.

W starej zasadzie oznaczania zdolności widzenia przez *minimum separabile* nie zmienia więc Sulzer nic, bystrość wzroku ma się nadal oznaczać przez najmniejszy kąt, pod jakim mogą być jeszcze oddzielnie widziane dwa punkty lub dwie linie czarne na białem tle. Jednostkę bystrości wzroku oznaczałoby się tylko przez kąt jednego stopnia, a szeregi dla oznaczenia wyższej bystrości wzroku miałyby być tak dobrane, by można je w praktyce wyrazić w liczbach całych. Stopniowanie bystrości wzroku, stosowane obecnie według postępu geometrycznego, chce S. zastąpić mniejszym postępem geometrycznym przez wprowadzenie współczynnika 0·794, uzasadnionego fizyologicznym faktem zmniejszania się bystrości wzroku w miarę oddalenia od środka plamki żółtej. Sposób obliczania, podany przez Sulzera, nie zyskał sobie zwolenników. Landolt (Paryż) we własnem imieniu zastrzegł się przeciw tej nowej rachubie, podając łatwo sposób wyjścia dla dogodzenia stronie praktycznej przy zachowaniu obecnego podziału. Oznaczając dotychczasową jednostkę bystrości wzroku mianem 10, otrzymałoby się dla niższych stopni mierniki w liczbach całych.

Niedogodność obecnego sposobu określania polega jednak głównie w tem, że wartości liczebne dla różnych stopni bystrości wzroku są nieproporcyonalne do ekonomicznej wartości użytkowej, a wadę tę potrafi dopiero usunąć określenie wartości ekonomicznej każdego stopnia bystrości wzroku na podstawie fizyologicznej i przez wszystkich stosowanej jednostki bystrości wzroku. *Dr. W. Reis.*

Prof. Wicherkiewicz. **Jaskra pod względem pochodzenia, obrazu klinicznego i leczenia.** (*Nowiny Lekarskie* 1905, 5 i 6). W pracy tej przedstawia autor szczegółowo teoryę powstania jaskry i omawia ją krytycznie, następnie kreśli dokładny obraz objawów klinicznych jaskry, których znajomość jest tak ważna dla uniknięcia nieszczęsnych, a niestety zdarzających się jeszcze czasem pomyłek, polegających na pomieszaniu jaskry z zaćmą, albo zapaleniem tęczówki. Omawiając etyologię jaskry, podnosi znaczenie różnych zaburzeń ogólnych ustroju, jak skaza moczanowa, kiłowe zmiany w naczyniach, lub cierpienia odległych narządów, n. p. jajników, zaburzenia jelitowe i t. d. Podnosi też ważny wpływ silnych wrażeń psychicznych na wybuch jaskry ostrej i zwraca uwagę na większą częstość napadów jaskry w porze zimowej, niż w letniej. W leczeniu jaskry stosuje autor z powodzeniem już dawno podaną przez siebie mieszankę ezeryny (0·1 prc.), pilokarpiny (2 prc.) i kokainy ($^1/_2$ prc.). Głównym zabiegiem leczniczym pozostaje w przypadkach ostrych i podostrych oczywiście irydektomia, przy prostej jaskrze (*glaucoma simplex*) nie kwapi się jednak W. z zabiegami operacyjnymi, które nie przynoszą w tem cierpieniu pożytku, gdy stale używane środki zwężające źrenicę, mogą trwale powstrzymać postępy choroby. Tę samą zasadę leczenia stosuje autor do jaskry dziecięcej (*glaucoma infantile*), gdzie irydektomia jest i technicznie trudną i na przebieg choroby nie wpływa korzystnie. W przypadkach jaskry ostrej i podostrej zaleca autor po irydektomii systematyczne nagniatanie gałki ocznej zapomocą palców przez powiekę górną, przez co opóźnia się zabliźnienie ranki i ułatwia wytworzenie tak ważnej dla utrwalenia wyniku operacyjnego blizny filtracyjnej. *K. W. Majewski.*

Wolff Bruno. **O uszkodzeniach oczu noworodka podczas porodu.** (*Festschrift zur Jubilaumsfeier Prof. Julius Hirschberg*, 1905). Autor rozróżnia nieznaczne uszkodzenia oka noworodka, jak obrzmienie lub zaczerwienienie spojówki lub powiek, których powstanie samo się tłómaczy, dalej zmiany wziernikowe, mianowicie często zdarzające się drobne krwotoki siatkówkowe, które uważa za objaw zamartwicy (*asphyxia*), przemijającej lub wiodącej do zupełnego uduszenia płodu; wreszcie ciężkie urazy, które wywołują już to złamanie kostnych ścian oczodołu, lub rozdarcie powiek, jużto wysądzenie lub zupełne wyrwanie gałki ocznej, dalej porażenia mięśni ocznych zewnętrznych, a nakoniec skaleczenia ścian gałki ocznej. W szeregu tablic przeglądowych zestawia autor 112 przypadków ciężkich uszkodzeń oka podczas porodu, zebranych z piśmiennictwa, a w tej liczbie cztery spostrzeżenia własne. Ciężkie te urazy oka zdarzały się wprawdzie także w przypadkach, w których poród odbywał się siłami natury, o wiele częściej jednak podczas zabiegów położniczych, a zwłaszcza przy zakładaniu wysokich kleszczy, przyczem w znacznej większości przypadków trzeba było przypisać uszkodzenie oka u płodu nie zwężeniu dróg porodowych, lecz uciskowi, wywartemu bezpośrednio przez kleszcze. U dzieci, urodzonych w położeniu miednicowem lub po obrocie na nóżki, gdy główka rodzi się na końcu, uszkodzenia oka należą do wielkich rzadkości, natomiast najczęstsze są przy główce przodującej. Ze względu na niebezpieczeństwo, jakie dla tak delikatnego narządu, jak oko, tworzą kleszcze porodowe, radzi autor jak największą wstrzemięźliwość w ich zastosowaniu, a w razie konieczności założenia kleszczy, wielką ostrożność. *K. W. Majewski.*

Moreau. **Obrzęk złośliwy powieki bez krosty czarnej. Obecność prątka wąglika. Wyleczenie.** (*Revue gén. d'ophtalm.* 1905, 5). W lugduńskiej klinice okulistycznej Prof. Rolleta spostrzegano ciężki przypadek obrzęku złośliwego powieki dolnej lewego oka u 50-letniego białoskórnika, przypadek tem się cechujący, że nie było wcale krosty, ani ranki w obrębie obrzęku. We krwi, wydobytej zapomocą nakłucia z obrzmiałej powieki, znaleziono liczne prątki wąglika, nie znaleziono ich jednak mimo kilkakrotnego poszukiwania we krwi z palca. Chory gorączkował wysoko, a szerzenie się obrzęku zdołano powstrzymać przez głębokie okrojenie galwano-kaustyczne, oraz przez wstrzykiwania podskórne nalewki jodowej w otoczeniu części zajętej. Obrzęk powieki skończył się zgorzelą skóry, gałka oczna ocalała, chory wyzdrowiał, a *ectropion palpebrae*, jak dotąd, nie nastąpiło.

K. W. Majewski.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Bichel. **O odporności pepsyny wobec nizkiej temperatury.** (*Deut. med. Wochs.*, 1905, Nr. 35). Ogrzanie pepsyny w rozczynie do 55—57° wystarcza do jej zniszczenia. Według Biernackiego dodatek kwasu solnego niektórych soli lub peptonów czyni pepsynę odporniejszą na wpływ wysokiej temperatury. Pepsyna sucha znosi jeszcze temperaturę 100°. W temperaturach nizkich, poniżej 10°, ustaje działanie pepsyny zwierząt ciepłokrwistych; pepsyna żołądka żabiego działa jeszcze energicznie w temperaturze 0°. Doświadczenia autora wykazały, że oziębienie pepsyny do —160° skroplonem powietrzem nie niszczy jej własności nawet po kilkudziesięciu godzinach; tak samo nie działa kilkakrotne zamrażanie i odtajanie. Pepsyna taka ogrzana do swego optimum działa jak pierwotnie. *Seńkowski.*

Croner i Cronheim. **O nowej próbie na kwas mlekowy.** (*Berlin. klinische Wochsch.*, 1905, Nr. 34). Autorowie upraszczają dawniej podany sposób Vournasosa, polegający na przemianie kwasu mlekowego na jodoform, a tego w izonitryl. Dwa grm. jodku potasowego rozpuszcza się w 8 ctm. sz. wody, dodaje 1 grm. przesublimowanego jodu, sączy przez azbest i rozcieńcza wodą do 50 cm. sz., a do tego rozczynu dodaje się 5 cm. sz. aniliny. Odczynnik, przechowywany w ciemnej flaszce, nie ulega zmianie przez kilka miesięcy. Kilka cm. treści żołądkowej alkalizuje się silnie potażem żrącym, zagotowuje i dodaje nieco opisanego odczynnika. W razie obecności kwasu mlekowego występuje natychmiast lub po powtórnem zagotowaniu przenikliwy zapach fenilokarbylaminu. Granica czułości 0,0025 prc. Alkohol, aceton, aldehyd i t. d. dają naturalnie ten sam odczyn. *Seńkowski.*

Mayer. **O zachowaniu się lecytyny wobec fermentów.** (*Berl. klin. Wochs.*, 1905, Nr. 35). Autor zastanawia się nad pytaniem, który z enzymów soku jelit cienkich działa na lecytynę: trypsyna, erypsyna czy lipaza. Doświadczenia z lipazą zwierzęcego

pochodzenia, mianowicie z steapsyną Grüblera, okazały, że lecytyna pod jej wpływem z łatwością się rozkłada i to najlepiej w oddziaływaniu kwaśnem; po zobojętnieniu sodą oddziaływanie przebiega znacznie wolniej. Doświadczenia z sokiem żołądkowym, który także zawiera ferment lipolityczny, nie dały na razie rozstrzygających wyników. Fermenty lipolityczne roślinne działają również, lecz znacznie wolniej, niż zwierzęce. Działaniu lipazy ulega lecytyna naturalna prawozwrotna (11,04°). Lecytyna racemiczna ulega działaniu lipazy w ten sposób, że prawozwrotna się rozkłada, a lewozwrotna pozostaje. Ponieważ wytwory lecytynowe różnią się znacznie między sobą pod względem optycznej czynności, przeto tu może leżeć powód nierównych wyników terapii lecytynowej. *Seńkowski.*

S. Rubinstein. **Niezwykły przypadek czynności zastępczych.** (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, Nr. 3). Istotnie niezwykły to przypadek, o którym pani Rubinstein wiadomość podaje. Dotyczy on chorej, której kończyny, tak górne, jak i dolne, uległy porażeniu w szóstym roku życia i w tym stanie pozostawały aż do śmierci w ciągu 17 lat. Chora przyzwyczaiła się wiele czynności, które ludzie zdrowi wykonywają zapomocą rąk, spełniać li zapomocą warg i języka. Język z czasem wydłużył się nadmiernie do tego stopnia, iż chora końcem języka dostawała niemal do nasady nosa. Dzięki szczególnemu wyćwiczeniu języka mogła chora nawet jeść bez obcej pomocy. Ujmowała. n. p. wargami widelec i zdejmowała zeń jadło językiem. Z czasem doszła do wielkiej wprawy w pisaniu i rysowaniu ustami. Podczas czytania z wielką zręcznością przewracała ustami karty książki. Wreszcie nauczyła się szyć ustami: zapomocą warg wbijała igłę w stół, przy którym siedziała, następnie wargami i językiem nietylko nawlóczyła nitkę, ale robiła na niej nawet węzełek. Wszystkie te, oraz wiele innych robót wykonywała chora nadzwyczaj zręcznie i dokładnie. *A. Wrzosek.*

P. F. Richter. **Doświadczalnie wywołana puchlina w zapaleniu nerek.** (*Berliner klin. Wochs.*, 1905, Nr. 14). Dotychczas można było wywoływać u zwierząt zapalenie nerek rozmaitymi środkami, jak kantarydyną, chromianem potasu, aloiną i t. p., ale obrazu chorobnego, odpowiadającego zupełnie chorobie Brighta, a więc zapalenia nerek, połączonego z obrzękami i przesiękami w jamach brzusznej i piersiowej, środkami tymi nie można było wywołać. Udało się atoli Richterowi wywołać u zwierząt stan chorobny, odpowiadający całkiem chorobie Brighta, a to przez wstrzykiwanie królikom w ciągu kilku dni z rzędu po 0,0075 do 0,015 azotanu uranowego i jednoczesne wlewanie do żołądka sporych ilości płynu. Okazało się przy tem, iż u zwierząt powstają obrzęki i przesięki w jamie brzusznej i piersiowej zawsze po wstrzykiwaniach azotanu uranowego, niezależnie od tego, czy do żołądka wlewa się im płyny (woda, mleko, wody mineralne), zawierające sporo soli kuchennej, czy też płyny, nie zawierające jej zgoła. Z badań tych wysnuwa autor wnioski pierwszorzędnej wagi zarówno dla patologii, jak i dla lecznictwa, z których najważniejsze są następujące: 1. Zatrzymanie w ustroju części stałych wogóle wskutek niedostatecznej czynności nerek nie wystarcza do wywołania puchliny. Zatrzymanie to jest jednakowe zarówno w zapaleniu nerek, wywołanem przez azotan uranowy, jak w zapaleniach, wywołanych przez rozmaite jady nerkowe, a jednak puchlina powstaje lub powiększa się tylko w zapaleniu nerek, wywołanem przez azotan uranowy. W zapaleniu nerek puchlinę wywołać można zarówno wtedy, gdy się daje zwierzętom sól kuchenną, jak i wtedy, gdy się jej nie daje. 3. Wielkie znaczenie w wywołaniu puchliny w przebiegu zapalenia nerek ma podawanie płynów. 4. W leczeniu zapalenia nerek, połączonego z puchliną, należy ograniczyć, o ile możności, ilość podawanych płynów, mleka nie wyłączając.
A. Wrzosek.

Severin S. A. **Czy centryfugowanie mleka zmniejsza ilość drobnoustrojów, w niem zawartych?** (*Centr. für Bact.* (2) Nr. 18, 20). Ilość drobnoustrojów wzrasta znacznie po osadzaniu mleka w wirówce. Autor dawniej przypuszczał, że dzieje się to skutkiem zanieczyszczenia mleka w wirówce. Obecnie po przeprowadzeniu doświadczeń twierdzi, że źródłem tego zjawiska są wegetacyjne postacie drobnoustrojów, zawarte w samem mleku. Dunbar i Kister przyjmują, że często w surowem mleku znajdują się drobnoustroje, zlepione w kłębek, które przeszczepione na pożywkę stałą, dają jedną kolonię. Kłębki takie rozpadają się podczas osadzania w wirówce na oddzielne cząstki i dlatego z mleka centryfugowanego wyrasta znacznie więcej kolonii drobnoustrojów. Autor zaś przypuszcza, że siła odśrodkowa gwałtownie przyspiesza dzielenie się komórek drobnoustrojowych. Które z tych dwóch przypuszczeń jest słuszne, na razie jest rzeczą nierozstrzygniętą.
Gertler.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Działanie eumidryny na oko badał Kostin (*Rozpr. dokt.* Petersburg, 1904), dochodząc do wniosku, że wkraplania nawet 10 prc. rozczynu tego środka nie sprawiają bólu, wywołują zaś rozszerzenie źrenicy, co do stopnia, szybkości powstania i trwania zależne od stopnia zgęszczenia rozczynu eumidryny, jednakże zawsze nastające rychlej, niż rozszerzenie, które wywołują odpowiednie rozczyny atropiny; przy słabszych rozczynach eumidryny trwa rozszerzenie krócej, przy silnych (10 prc.) dłużej, niż po atropinie. Działania ubocznego, właściwego atropinie, eumidryna nie wywiera lub w bardzo małym stopniu. Stosując równocześnie z eumidryną 2 prc. kokainę, można rozszerzenie źrenicy jeszcze znacznie przyspieszyć. Eumidryna poraża akomodacyę, a porażenie to trwa 1—2 dni dłużej od rozszerzenia źrenicy. W oczach prawidłowych nie wzmaga eumidryna ciśnienia śródocznego, natomiast, jak się zdaje, może je wzmagać w oczach, dotkniętych jaskrą. 1—5 prc. rozczyny eumidryny nie działają na nabłonek rogówki, 10 prc. rozczyn wywołuje jego łuszczenie się. Eumidryna nie niszczy bakteryi. Eumidryna może zastąpić zupełnie atropinę, a nadaje się głównie tam, gdzie zależy na szybkiem rozszerzeniu źrenicy, oraz u nienoszących atropiny; do celów rozpoznawczych nie nadaje się. *B.*

Skuteczność protargolu podnoszą Prof. Comba (*Riv. di Clin. Ped.* 1904, 4) w zapaleniu pęcherza u dzieci na tle zakażenia prątkiem okrężnicy (przepłukiwania 1 prc. rozczynem obok wstrzykiwań swoistej surowicy); Doc. Waldvogel (*Akad. Vorles*, Stuttgart, 1905) jako środka, zapobiegającego zakażeniu wiewiórem: Rudzki A. P. (*Monatsber. f. Urologie* 1905, Z, 6) w leczeniu wiewióra cewki moczowej u chłopców (wstrzykiwania rozczynów od ¼ prc. do ¾ prc.), w którym zaleca także podawanie wewnętrzne środków balsamicznych. *L.*

Helmitolu w nieżytach pęcherza używał Spindler (*Aerztl. Ctrztg.* 1905, 17), zarówno do miejscowych przepłukiwań w 1 prc. rozczynie, jak i wewnętrznie (do 8 kołaczyków po 0·5 na dzień). W 7 przypadkach ostrych skutek był wybitny, wyleczenie następowało najdalej po 4 dniach; w 3 przewlekłych (wiewiórowych) działanie było powolniejsze, niemniej jednak wyraźne. *B.*

VI. I. Międzynarodowy Zjazd chirurgów w Brukseli.

(8—23 września 1905.)

W pięknej stolicy Belgii zjechali się chirurgowie z obu półkul, aby założyć międzynarodowe stowarzyszenie. Najwięcej było przedstawicieli Anglii (21), Niemiec (23), Francyi (39), Belgii (34), Holandyi (19) i Szwajcaryi (15). Skromniej przedstawioną była Austrya (9, w tej liczbie dwóch polaków: Rydygier ze Lwowa i Bogdanik z Krakowa). Węgry, Rumunia i Hiszpania wysłały po pięciu, Szwecya czterech, po trzech było z Grecyi i Rosyi (w tej liczbie dwóch polaków: Ehrlich i Zawadzki z Warszawy), po dwóch było z Norwegii, Finlandyi, Danii, Serbii i Portugalii; Włoch był tylko jeden. Oprócz tego przybyło 16 z Ameryki, trzech japończyków i dwóch z Egiptu. Wszystkie te narodowości, czy kraje miały reprezentantów w Komitecie międzynarodowym, nie było atoli Polaka, jakkolwiek Rydygiera, jako takiego, zaproszono do Komitetu.

W d. 18 września otwarto przed południem Wystawę narzędzi; o godzinie 2 giej zaś po południu odbyło się Zgromadzenie walne w dużej sali pałacu akademii. Obrady zagaił minister rolnictwa baron Van der Bruggen, jego też obrano prezesem honorowym; przewodniczącym obrad zaś został Teodor Kocher z Berna. Po ukonstytuowaniu się nastąpiła rozprawa nad pierwszą kwestyą porządku dziennego: „O wartości badania krwi w chirurgii“, który zagaił referatem Kocher. Całe to posiedzenie razem z rozprawą trwało zaledwie nieco więcej nad godzinę. Wieczorem zaś o godz. 9-tej odbyło się przyjęcie członków Zjazdu w hotelu Métropole przez Towarzystwo chirurgów belgijskich. Był to koncert spacerowy, podczas którego roznoszono bulion, szampan, czarną kawę, ciasteczka, kanapki i lody.

W dniu 19 i 20 września przedstawiano w szpitalach „Saint-Jean“ i „Saint-Pierre“ operacye i niektóre metody lecznicze. W nieobecność Biera demonstrował Klapp z Bonn leczenie przekrwieniem żylnem i przyrządami ssącymi, znane czytelnikom „Przegl. lekar.“ z demonstracyi kol Frommera na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie, gdzie przedstawił chorych, u których ten sposób leczenia stosowano w moim oddziale. Podnieść tu muszę, że Bier obecnie zakłada opaskę tylko przez jednę godzinę dziennie Bardenheuer z Kolonii, który miał demonstrować swój sposób leczenia złamań i wyciągań (ekstenzyi), również nie przybył.

Po południu (19—IX) o godzinie 2-giej odbyły się rozprawy nad kwestyą „przerostu gruczołu krokowego“ i nad „chorobami chirurgicznemi nerki“, a w dniu 20-go nad „leczeniem chirurgicznem nierakowatych schorzeń żołądka“. Rozprawy wyczerpano w zupełności mimo znacznej liczby zgłoszonych mowców. We czwartek dnia 21-go września przedstawiano o godz. 9 rano rozmaite nowsze przyrządy, stoły operacyjne i t. d., po południu zaś o godz. 2 odbyła się rozprawa: „o leczeniu gruźlicy stawów“.

Wieczory tych trzech dni wypełniły po kolei: przyjęcie u prezydenta Zjazdu Kochera, przedstawienie (opera) w teatrze „de la Monnaie“ i uczta składkowa. Wkładka wyniosła po 20 franków od osoby, ale się za to Bruksela popisała wyśmienitą kuchnią i znakomitą piwnicą. Po uczcie, w której brał udział i burmistrz Brukseli, zaproszono nas do ratusza, gdzie przy dźwiękach muzyki, grającej na rynku, roznoszono w wspaniałych salach ratusza czarną kawę, likiery, ciastka i cygara.

W piątek o godz 9-tej zakończono rozprawy naukowe dyskusyą „o leczeniu zapalenia otrzewnej“, którą to sprawę wyznaczono pierwotnie na sobotę rano. Po południu o g. 2-giej zakończono Zjazd Posiedzeniem Walnem. Przedewszystkiem uchwalono ostateczne brzmienie statutu Towarzystwa międzynarodowego chirurgii. Ma ono stałą siedzibę w Brukseli, liczba członków jest ograniczona, a ustala ją Komitet co trzy lata przed Zjazdem. Każdy kraj wybiera trzech członków do Komitetu narodowego, z których jeden jest delegatem do Komitetu międzynarodowego. Opłata wynosi 40 franków na trzechlecie. W dyskusyi są dopuszczalne wszystkie języki europejskie, odezwy zaś urzędowe mają być wystosowane w języku francuskim, niemieckim i angielskim. Nad tym punktem wywiązała się obszerniejsza dyskusya, gdyż reprezentant Włoch upomniał się o te same prawa dla języka włoskiego; zebranie jednak wniosek ten większością głosów odrzuciło.

Miejscem przyszłego Zjazdu, który się ma odbyć za trzy lata, obrano Brukselę, a następnie przystąpiono do wyboru przewodniczącego. Było kandydatów trzech. Z tych przy głosowaniu otrzymał Czerny 50 głosów, Terrier 38, Bassini 14, a prócz tego padły 2 głosy na Kocha. Miano tedy przystąpić do głosowania ściślejszego; na wniosek francuzów jednak obrano Czernego przewodniczącym przez aklamacyę. W końcu jeszcze Zawadzki zainterpelował, dlaczego w Komitecie narodowym nie ma przedstawiciela polskiego? wytłómaczono to w ten sposób, że w Komitecie austryackim zasiada niemiec, polak (Rydygier) i czech, że zatem sprawę tę w ten sposob rozwiązano. Uchwalono wreszcie wystosowanie adresu do Listera i na tem zakończono obrady i Zjazd, który się odbył pod patronatem króla Belgów Leopolda II.

W dalszym ciągu nastąpi krótkie streszczenie obrad naukowych. *Bogdanik.*

VII. Tomasz Dower.

Nie ma chyba dziś lekarza, któryby nie polecał proszków Dowera; ale pewno nie wielu tylko zna niezwykłą historyę życia Tomasza Dowera, lekarza, a przytem korsarza, filozofa i znawcy piśmiennictwa.

Tomasz Dower urodził się w r. 1660 w hrabstwie Warwich w W. Brytanii, a medycynę studyował u Sydenhama, dla którego miał zawsze głęboką i prawdziwą cześć. Sydenham leczył go też na ospę. O leczeniu tem podał Dower ciekawe szczegóły: najpierw upuszczono mi 650 sz. cm. krwi, potem pobudzono go do wymiotów, aż osłabł mu wzrok i zaszedł mgłą, a wreszcię osłabionego pacyenta wprowadzono do nieogrzanego pokoju bez okien i poddano działaniu chłodu, przyczem bezwzględnie zabroniono chronić się przed chłodem jakąkolwiek szatą. W 24 godzinach musiał chory wypić 12 kubków piwa, zakwaszonego rozcieńczonym aromatycznym kwasem siarczanym. Chory zupełnie wyzdrowiał, chwali sposób leczenia swego mistrza i pisze sam, „że był przedewszystkiem skuteczny w postaciach zlewającej się ospy“.

W r. 1684 udał się Dower do Bristolu. Należy jednak przypuszczać, że wykonywanie praktyki lekarskiej nie zadawalniało go i nie zaspokajało awanturniczej jego żyłki, gdyż w r. 1708 wsiadł na okręt, aby odbyć podróż naokoło ziemi, albo, mówiąc ściślej, wynajął 2 okręty, wziął na nie bandę awanturników, których naczelnikiem się zamianował i puścił się w daleki świat na chybił trafił. W ciągu swej 3-letniej podróży zdobył i zrabował Dower hiszpański okręt z 21 działami, obsadził i zajął miasto Guayaquil. Złodziej i morderca Dower musiał tu jednak znowu objąć rolę lekarza: zdobyte miasto padło pastwą dżumy, a także ludzie z jego bandy pochorowali się; 80 mężczyzn chwyciła zaraza. Ale korsarz-lekarz nie stracił głowy: każdemu choremu puścił krew, gdyż gorączka była „tylko niezwykłem wrzeniem i ruchem krwi i soków żywotnych“, a lekarz przemagał ją napojami z obfitą domieszką kwasu siarkowego. Wynik był znakomity. Z 180 ogółem chorych zmarło tylko ośmiu „bo towarzysze podawali im za mocne napoje“.

W swej awanturniczej podróży morskiej uwolnił Dower Aleksandra Selkirka z wyspy Juan Fernandez, gdzie nieszczęśliwiec ten po rozbiciu się okrętu bawił sam zdala od wszelkiej ludzkiej istoty przez 4 lata. Temat ten posłużył Danielowi Defoë do napisania sławnego „Robinsona Cruzoëgo“. Wdzięczność całych pokoleń dzieci, które tę oryginalną książkę czytały i podziwiały, należy się więc po części i Tomaszowi Dowerowi.

Z wyprawy korsarskiej powrócił Dower do Londynu i wykonywał tu praktykę lekarską aż do swej śmierci w r. 1742. Jako lekarz Dower przedstawia ciekawy typ terapeuty: Znał on właściwie tylko 2 leki; używał ich już to w stanie czystym, już w najrozmaitszych kombinacyach z innemi substancyami. Typem tych jego „asocyacyi“ jest proszek, noszący jego nazwę. Oryginalna recepta na proszki Dowera brzmi: *Opii 1 uncya, saletry i siarczanu potasowego po 1 uncyi. Ipeca 1 uncya, Pulveris liquiritiae 1 uncya.* Saletrę i węglan potasowy zmięszaj w moździerzu, postaw na ogniu i rozgrzej do czerwoności, aż z soli powstanie popiół; popiół ten zetrzej na delikatny pyłek; dodaj makowca, znowu zmiel na delikatny pyłek i dodaj wreszcie inne składniki. Dawka: 40—60—70 granów (1 gran = 0.069) w kubku mleka z białem winem przed udaniem się na spoczynek.

Wedle wynalazcy miał ten proszek łamać ostry napad dny, względnie przed nim chronić. Do przepisu powyższego jeszcze dzisiaj się powszechnie stosują (we Włoszech najzupełniej, gdzieindziej zamiast soli dają mleczny cukier), tylko dawkę uważają za zbyt mocną.

Najczęściej używał Dower rtęci metalicznej Uważał ją za *panaceum* na wszelkie cierpienia i polecał ją na robaki, na dnę, świerzb, piasek moczowy, dychawicę itd. itd. Z powodu rozległego używania rtęci nazwano go nawet „doktor rtęć“. Współcześni koledzy zawodowi, zazdrośni i sceptyczni, nie żałowali mu docinków; — ale zabiegi przeciwników jego na nic się nie zdały i zwolennik merkuryuszu cieszył się do końca życia wielką i wierną klientelą. (*Med. Klinik*, Nr. 38, r. 1905). *Stahr.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Insbruk, 3 października.

Obrady Wiecu austryackich Izb lekarskich zagaił prezydent Izby tyrolskiej prof. Lode. Obecny na posiedzeniu namiestnik Tyrolu baron Schwarzenau powitał w uprzejmych słowach zgromadzenie, zaznaczając, że stan lekarski nie doznaje takiego uznania, na jakie zasługuje i że żądania lekarzy, tak najczęściej dosadnie usprawiedliwione, nie zawsze bywają uwzględniane, pomimo wszelkiej ich słuszności.

Do ważniejszych dotychczasowych uchwał Wiecu należą: 1) Elaborat specyalnego Komitetu pod tytułem „Pierwsze dziesięciolecie Izb lekarskich — pogląd krytyczny“. Postanowiono przedłożyć rządowi. 2) Uchwalono powołać Komitet wykonawczy z 5, którego zadaniem będzie w przypadkach nagłych zastępować interesy Izb. lekarskich, pomagać w pracy Izbie zarządzającej i wykonywać uchwały Wiecu Izb. Komitet na razie wybrany na rok jeden ma wypracować dla siebie regulamin i przedłożyć go do zatwierdzenia następnemu Wiecowi Izb. Do Komitetu tego wybrani zostali: Brenner, Ewald, Obermüller, List i Festenburg. 3) Uchwalono założyć protest przeciw projektowi rządu, zmierzającemu do ustawowego uregulowania stosunków zawodowych techników dentystycznych, albowiem projekt ten przyznaje laikom prawo wykonywania czynności ściśle lekarskich. 4) W sprawie zamierzonej reformy o zabezpieczeniu robotników uchwalono polecić wyżej wspomnianemu Komitetowi wykonawczemu, by życzenia Izb lekarskich przedłożył rządowi i miarodajnym czynnikom, przyczem Wiec Izb stanął na stanowisku, określonem w tak zwanem „Memorandum“, wydanem przez Izby lekar. austryackie w r. 1901. 5) Wobec zamierzonej reformy ustaw cywilnych wzywa Wiec Izby lekarskie, by o życzeniach swych co do paragrafów, dotyczących interesów lekarskich, zawiadomiły Komitet wykonawczy, który na podstawie tych życzeń przedłoży referat następnemu Wiecowi. Za podstawę do tych studyów posłużyć może Izbom bardzo gruntowny elaborat Izby wiedeńskiej, rozdany delegatom na Wiecu. *Dr. Stefan Schöngut.*

Konferencya Izb lekarskich, a mianowicie czeskiej, morawskiej i dolno-austryackiej, odbyła się tymi dniami w Wiedniu. Udział brali prezydenci tych Izb. Postanowiono na najbliższym wiecu Izb wnieść, aby Izby wybrały 4 lub 5 zastępców, którzyby stanowili osobną komisyę (*Geschäftsausschuss der Kammern*) z siedzibą w Wiedniu. Kamisya ta miałaby za zadanie stanowić w imieniu wszystkich Izb w sprawach, obchodzących czy to ogół, czy wielką część lekarzy, a nie cierpiących zwłoki. Nadto postanowiono na wiecu uczynić następujący wniosek: „Należy poczynić odpowiednie kroki, aby powołano do życia Izby w Krainie i Karyntyi, Izby, które już od lat nie istnieją“. *Stahr.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 października.

* Wiec austryackich Izb lekarskich wybrał Izbę krakowską do pełnienia obowiązków Izby zarządzającej w roku następnym.

* Prof. Bujwid zawiadamia, że „wykłady dla lekarzy kursu dwutygodniowego o cholerze“ rozpoczną się dnia 12 października w Zakładzie higieny (ul. Strzelecka. 7). Wykłady będą odbywać się od godz. 9 do 10 rano, ćwiczenia zaś od 10 do 12 we wtorki, czwartki i piątki. Wykłady są bezpłatne.

* Od dr. Biera, c. k. inspektora Zakładu dla badania środków spożywczych, otrzymaliśmy list, w którym donosi, że „czyniąc zadość życzeniu kolegów lekarzy rządowych, postanowił urządzić w czasie kursu cholerycznego w Zakładzie higieny — równocześnie kurs higieny i środków spożywczych z uwzględnieniem napotykanych w Galicyi zafałszowań, oraz podręcznych metod badania. Kurs ten dojdzie do skutku, jeśli się zgłosi przynajmniej 8 uczestników“.

* V-te Sprawozdanie roczne zarządu Towarz. Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem za rok administracyjny 1904/5 wykazuje dalszy postępujący rozwój tej o ile szlachetnej o tyle potrzebnej instytucyi. Rozwój ten byłby stokroć pomyślniejszy, gdyby zasoby Towarzystwa odpowiadały tym licznym zgłoszeniom o przyjęcie, którym z prawdziwym żalem zarząd uczynić nie jest w stanie. By zaradzić choć w części gwałtownej potrzebie, zarząd wskazuje potrzebującym drogę do Wydziału krajowego, który na podstawie osobnej umowy z zarządem przychodzi w pomoc, lecz tylko przynależnym do Galicyi. W Sprawozdaniu podkreślono, że podania należy wnosić przez zarząd Towarzystwa „Pomoc Bratnia“ i wystarać się poprzednio o świadectwo lekarza tego Towarzystwa, który jedynie może ocenić kwalifikacye, objęte regulaminem do przyjęcia. Wyliczając trudności, z któremi zarząd musi walczyć, wymienia „Sprawozdanie“ z naciskiem ciągły brak lekarza pomocniczego, któryby przez dłuższy czas pełnił obowiązki w sanatoryum. Z części lekarskiej „Sprawozdania“ dowiadujemy się, że przeciętny przybytek na wadze, przyjmując 3-miesięczny pobyt w sanatoryum, wynosił 3 kgr., t. j. 1 kgr. miesięcznie, że na 59 chorych u 11 stwierdzono wyraźne polepszenie i zdolność do pracy, u 27 — poprawę, u 16 stan pozostał bez zmiany, u 4 wystąpiło pogorszenie, a 1 umarł.

Dyrektor sanatoryum, dr. J. Żychoń, zakańcza część lekarską „Sprawozdania“ następującemi słowami: „A że liczba zgłoszeń stale wzrasta, więc czas pomyśleć społeczeństwu naszemu o naszej instytucyi, o stworzeniu jej jakichś pewnych podstaw, by nietylko wegetować, ale i rozwijać się mogła“.

* Epidemia cholery w Prusach została opanowaną: sprawozdania wspominają już tylko o pojedynczych przypadkach; natomiast tworzą się nowe ogniska w Królestwie Polskiem. Pojawienie się cholery w takich zbiorowiskach ludnych, jak Łódź i Warszawa, przejmuje obawą dłuższego i złośliwszego grasowania epidemii. Obawę tę opieramy na niedopuszczeniu społeczeństwa do samoobrony, oraz na znanej powszechnie nieudolności czynownictwa rosyjskiego w tego rodzaju działaniach.

* Dr. Julian Trapp, b. profesor farmacyi i farmakognozyi w Petersburgu, obchodził w 90 tą rocznicę swoich urodzin. Sędziwy jubilat przed powołaniem go do Petersburga mieszkał w Warszawie. Z prac jego w polskim języku wyszły: 1) O związku chloru z jodem (Tyg. lekar., 1854) i 2) Farmakognozya: T. I. Farmakognozya królestwa roślinnego (Warszawa, 1869), T. II. Farmakognozya królestwa roślinnego i zwierzęcego (Tamże. Wydanie Biblioteki Umiej. lekarskich). Dzieło to ocenił ś. p. prof. Skobel w „Przegl. lekar.“ 1871).

* Dr. Zamenhof, wynalazca powszechnego języka „esperanto“, otrzymał francuski order legii honorowej.

* Delegatem Izby lekarskiej zachodnio-galic. na obecnie odbywającym się Wiecu Izb jest dr. Stefan Schöngut sekretarz tej Izby; delegatem Izby wschodnio galic. jest prezydent Izby dr. Festenburg.

* Na zebraniu członków zarządu m. Lwowa i grona lekarzy lwowskich zapadła uchwała zorganizowania w stolicy Galicyi Towarzystwa „Kropli mleka“.

* Ś. p. dr. Wszebor poczynił liczne zapisy, z których przytaczamy tylko te, które dotyczą instytucyi lekarskich: 10,000 rb. dla Towarz. doraźnej pomocy lekar. w Warszawie; 10,000 rb. na Kasę im. Mianowskiego; 10,000 rb. dla Towarz. kolonii letnich w Warszawie; 5,000 rb. dla szpitalika dzieci przy ulicy Aleksandrya; 1,500 rb. dla Tow. lek. warsz. pod warunkiem, aby odsetki od tej sumy przeznaczano na nagrodę konkursową, przyznawaną co lat 4 przez Towarz. za najlepszą oryginalną po polsku napisaną pracę; 500 rb. dla Kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach.

* Poseł do Rady państwa, dr. Mugdan (Berlin), mówił na „VII Zjeździe międzynarodowym ubezpieczenia robotników“ o wolnym wyborze lekarza. Oświadczył on, że sprawa ta może być rozwiązana tylko z punktu widzenia społeczno-politycznego, a tak pojęta, jest istotną koniecznością. Istnieje analogia między niezależnością sędziowską a wolnym wyborem lekarza: tak jedna jak druga jest wynikiem, postulatem i cechą kultury nowoczesnej.

* Powrót lekarzy, biorących udział w świeżo zakończonej wojnie po stronie rosyjskiej, nie nastąpi tak rychło. „Birżewyje Wiedomosti“ obliczają, że wojska rosyjskie mogą powrócić z pola walki nie prędzej, jak za 7 miesięcy; natomiast zwinięcie szpitali, gdzie teraz przebywa bardzo wiele ciężko chorych żołnierzy, nie nastąpi przed upływem 2—3 lat; przeto lekarze, zatrudnieni w tych szpitalach nie powrócą do kraju przez ten cały czas.

* Kurator okręgu warszawskiego zarządził, ażeby we wszystkich naukowych zakładach żeńskich, jeśli opróżni się posada lekarza szkolnego, obsadzać te stanowiska lekarzami-kobietami.

* We Francyi zwrócono uwagę, że kroplomierze, w których tak powszechnie wydawane dziś bywają leki, są, co do ścisłości miary, nadzwyczaj wadliwym przyrządem. To nam przypomina inny fakt: jeden lekarz amerykański przyniósł przed paru laty na posiedzenie Towarz. lekarskiego 40 łyżek, między któremi nie znalazł dwóch tej

samej miary. Wogóle ścisłość dawkowania leków w każdej postaci wiele pozostawia do życzenia

* W r. 1907 odbędą się w Ameryce dwa Zjazdy międzynarodowe: anatomiczny w Bostonie i dermatologiczny w Nowym Yorku.

* Niemieckie Izby lekarskie otrzymają wkrótce petycye zbiorowe, domagające się, by Izby zakazały lekarzom pisywać oceny nowych leków za pieniądze, wypłacane przez właścicieli fabryk.

* Między 10 a 16 września zaszedł jeden przypadek ospy w Chrzanowie; w tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi drohobyckim, horodeńskim, nadwórniańskim, przemyskim, śniatyńskim i turczańskim (po 1 gminie) i jeden przypadek we Lwowie.

Mianowania: Doc. Kandaratskij mian profesorem nadzwycz. chirurgii w Kazaniu. Dr. Sadowski — profesorem nadzw. położnictwa w Instytucie lekar. dla kobiet w Petersburgu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Tadeusz Soczołowski, lat 44 — w Warszawie. Dr. Daniel Rubner, l. 36, lwowianin, zmarł w Meranie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 37. Gabszewicz: Bezskuteczność zabiegów operacyjnych przy zwężeniu gardzieli i krtani. Czarnik. Intubacya i tracheotomia na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie w latach 1894—1903 (c. d.) Latkowski: O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek c. d.)

— *Medycyna* Nr. 38. Sokołowski: Rozcięcie tchawicy w suchotach krtani. Flatau i Koelichen: O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (c. d.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 7 i 8 Dzierżawski: O zastosowaniu paranefryny w dentystyce.

— *Głos lekarzy* Nr. 19 zawiera: Próba upaństwowienia pomocy lekarskiej w Austryi. — Z Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. — Sprawozdanie Wydziału krajowego w sprawach sanitarnych. — Partactwo lecznicze w Galicyi. — Uwagi nad reformą opieki nad obłąkanymi, zapoczętą przez c. k. rząd. — Z Towarzystw naukowych. — W sprawie szczepień ochronnych przeciw cholerze.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 39. Prettner: O tvořeni látek ochranných na života foetalního. Scherer: Vrozéne vady srdečni ve věku dětském (c. d.). Nový: O mimoděložnim těhotenstvi (dok.) Pachner: O bodnuti včelou a immunitě proti jeho následkům.

— *La Presse médicale* Nr. 75. Charrière; Wielka śledziona w pedyatryi. Caramano: Gorączka u histeryczek. — Nr. 76. Gosset: Technika apendicektomii. Labbé: O białku w produktach spożywczych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 39. Dunbar: O bakteryologicznem rozpoznaniu cholery. Kuttner: O niektórych ważniejszych praktycznych zagadnieniach odnoszących się do sprawy zapalenia wyrostka robaczkowego. Levy: O leczniczej wartości lecytyn i o pożywkach zawierających lecytynę. Hirsch: Leczenie rzeżączkowego zapalenia stawów zastoinową metodą Biera. Freer: Okienkowe wycięcie w skrzywionej przegrodzie nosowej. Ruhemann: O wpływie ludzkiego moczu na kwas jodowy i na jod. oraz o ocenie mego urykometru przez Eschbauma i Krafta. Rosenberg: Znieczulenie miejscowe w dentystyce.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 39. Kraus i Přibram: W sprawie wytwarzania się toksyny mętwika cholery. Prochnik: Mętwik cholery bez cholery. Kaufmann: Przypadek komunikacyi tętniaka wstępującej aorty z stożkiem tętniczym tętnicy płucnej. Nikolić: Przytwierdzenie wątroby w przebiegu jej marskości. Lazar: Znaczenie tłuszczowo zwyrodniałej materyi czerwonych ciałek krwi dla mechanizmu aglutynacyi.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 39. Sobernheims i Tomasczewski: O krętku bladym. Herxheimer: Przyczynek do nauki o krętku bladym. Schridde: Zdolność wędrowania limfocytów. Hofmann: Przeobrażenie tkanki ziarninowej grzybowatych ognisk przetokowych zapomocą przekrwienia, wywołanego przyrządami ssącymi. Bail: Stosunek między agresywnością a substancyą życiową bakteryi. Fraenkel: O paciorkowcu chorobotwórczym dla człowieka. Treupel: Wartość poszczególnych objawów klinicznych duru brzusznego dla rozpoznania tej choroby. Lindenstein: Leczenie surowicze krupowego zapalenia płuc. Gebele: Leczenie złamań. Lossen: Przekrwienie zastoinowe metodą Biera w leczeniu ropówki pochewek ścięgnistych. Steinbüchel: Osobliwe powikłanie po próbnem wycięciu w celu rozpoznawczym. Groyer: Choroby oczne a samozakażenie żołądkowo-jelitowe. Zeissl: Uwagi nad leczeniem kiły. Backhaus: Zasady i doświadczenia z zakresu przyrządzania mleka dla dzieci. Gaertner: Prosty sposób mierzenia ciepłoty powłok skórnych.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 39. Pick: O powrocie do stanu pierwotnego po zaburzeniach połowiczego widzenia w następstwie napadów porażnych. Vlach: Przyczynek do nauki o posocznicy pneumokokowej jako zakażeniu następowem. Hacker: Dalszy przyczynek do wydobycia ciał obcych przy pomocy ezofagoskopu. Lorenz: O bocznem skrzywieniu kręgosłupa w następstwie rury kulszowej — w teoryi i praktyce. Knauer: Rokowanie przy mięśniakach macicy i ich leczenie. Franqué: Operacyjne i nieoperacyjne leczenie zapalnych, zwłaszcza ropnych chorób przydatków. Czermak: Osteoplastyczne wycięcie zewnętrznych ścian oczodołów. Chiari: Rozpoznanie nowotworów zatoki szczękowej. Aleksander: Chirurgiczne leczenie zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Kreibich: Problemat leczenia nerwic naczyniowych. Monti: Dyetetyka dzieci, które wyszły z okresu osesków.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 39 (od dnia 24/IX do 30/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 26, dziew. 25; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 15; zamiejscowych: męż. 12, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. —, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —. ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 5. 21) nowotwory: miej. —, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 10, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1. ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem:** miejscowych 33, obcych 19.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**